الصحة النفسية

علماً تطبيقيا

الأستاذ الدكتور
علي محمود كاظم الجبوري

الأستاذ المساعد الدكتور
كريم فخري هلال الجبوري

الرضوان
للنشر والتوزيع

مؤسسة دار الصادق الثقافية
طبع . نشر . توزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ ٱعْمَلُوا۟ فَسَيَرَى ٱللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُۥ وَٱلْمُؤْمِنُونَ ۖ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَٰلِمِ ٱلْغَيْبِ وَٱلشَّهَٰدَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

صدق الله العظيم



الصحة النفسية (علما تطبيقيا)

الصحة النفسية

علما تطبيقيا

الأستاذ الدكتور
علي محمود الجبوري

الأستاذ الدكتور
كريم فخري هلال الجبوري

دار الرضوان

الطبعة الأولى
2013م-1434هـ

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2012/10/3909)

616.8914
الجبوري، علي محمود كاظم
الصحة النفسية/علما تطبيقيا علي محمود الجبوري- دار الرضوان للنشر -:. عمان ، 2012
ر.أ: (2012/10/3909)

الواصفات : / الطب النفسي // علما تطبيقيا/

* يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الطبعة الأولى
2013م-1434هـ
الناشـــر
دارصفاء للنشر والتوزيع
عمان الأردن تلفاكس:4612190 6 00962 - فاكس 4611169 00962
e-mail:info@redwanpublisher.com

الاهداء

إلى كل من جعل من نفسه شمعة تذوب لتضيء درب الآخرين

إلى فلذات اكبادنا عسى أن نكون لهم قدوة يقتدون بها في المستقبل

إلى النصف الثاني .... لا بل الجسد كله...

المؤلفان

الفهرس

الفصل الثالث

السلوك السوي والسلوك الشاذ

الفصل الرابع

الحيل الدفاعية توافق الشخصية عبر ميكانيزمات الدفاع

الشخصية السوية والشخصية المضطربة

الفصل الخامس

العوامل الأساسية في التكيف

الفصل السادس

الإرشاد التربوي

الفصل السابع

الأمراض النفسجسمية

الفصل الثامن

المشاكل السلوكية للتلاميذ

الفصل التاسع

التخلف العقلي

الفصل العاشر

الأمراض العصابية و الأمراض الذهانية

الفصل الحادي عشر

الإدمان على الكحول المخدرات المنشطات

الفصل الثاني عشر

الذكـــاء الانفعالـــي

الفصل الثالث عشر

الذاكرة والطريقة الصحيحة للقراءة

تقديم

نحن في مجتمع يظلم علم النفس كثيرا بل سائر العلوم التربوية والنفسية. وهذا الظلم لم يأتي من فراغ أنما هو نتيجة طبيعية لظلم النفس ذاتها، نحن في مجتمعات تنظر للإنسان من منظار مادي صرف إنها تهمل الجانب الآخر المهم جدا هو الجانب النفسي (الجانب الروحي)، مع العلم إن كلا الجانبين لا يمكن أن يكون وجود لأحدهم دون الآخر، فهما شيئان أقل ما يقال عنهما أنها (وجهان لعملة واحدة) فلاوجود للنفس بلا جسد ولا جسد بلا نفس، وهنا لا أريد أن ادخل نفسي والقارئ في متاهة العلاقة الجدلية بين النفس والجسد فالمسألة ليست بحاجة لأدلة وبراهين فهي مسألة بديهية.

وبسبب إهمال الجانب النفسي وهو الذي يمثل الأحاسيس والمشاعر والعواطف والانفعالات ... الخ. كلها متغيرات نفسية إن لم تعطى الاهتمام الكافي فأنها كفيلة بهدم بنيان الجسد مهما كانت قوته- (يقول الامام علي ع " الهم يذيب الجسد")- فما بالك إن كان الجسد أصله من تراب. فسلوك الإنسان أعقد وأكبر من أن تفسره نظريات ترى إن سلوك الإنسان تتحكم به رغبات وغرائز حيوانية بهيمية، أو كما تفسره نظريات التعلم السلوكية التي ترى أن سلوك الإنسان هو مجرد محصلات لمثيرات بيئية فهو أشبه بالآلة.

نحن نرى في مجتمعاتنا حتى في وسائل الأعلام وما تحويه من أساليب إعلامية (الأفلام، المسلسلات، المسرحيات، الصحافة... الخ.)عادة ما تظهر المتخصص في علم النفس سواء كان معالجا نفسيا، أو طبيبا نفسيا على أنه شخصا غير طبيعي (لاسوي). ولكن هل يمكن أن يكون الشخص الذي يعرف الكثير عن طبيعة الإنسان شخص غير طبيعي؟ ولهذا السبب نجد أن اغلب أسباب إصابة الإنسان في الوقت الحاضر بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية ذات الأسباب النفسية أنما تعود إلى اهتمام الإنسان بالجانب المادي وإغفال أو إهمال الجانب النفسي، بل حتى الفرد في الوقت الحاضر طغى على تفكيره الجانب

المادي على حساب الجانب النفسي، فهو في حمى الركض وراء تحقيق المزيد من المكاسب المادية وتناسى نفسه حتى انتهت حياته وهو عبد لغرائز ورغبات بيولوجية مادية على حساب صحته النفسية. ولهذا أصبحنا في عصر أقل ما يقال عنه أنه عصر القلق، والإجهاد النفسي، عصر التوترات والسكتة القلبية والجلطات والدماغية، عصر الاضطرابات النفسية...الخ. وكل هذه المصطلحات وغيرها التي ستظهر مستقبلا هي إفراز طبيعي للسعي المحموم نحو تحقيق الماديات وإهمال الصحة النفسية بسبب إهمال متطلباتها.

ولهذا السبب تقع علينا مسؤلية كبيرة في اظهار دور وأهمية العلوم النفسية والتربوية فيما تقدمة خاصة من نتائج الدراسات لغرض الاستفادة منها في مجالات الحياة، والتي لم يعد جانب واحد منها بمنى من الفائدة العلمية لمواضيع علم النفس. وقد جاءت فكرة تأليف الكتاب الحالي (الصحة النفسية علما تطبيقيا) لغرض تسخير علم النفس لخدمة الفرد. أي الاستفادة منها في تفسير ومعرفة العديد من الظواهر النفسية المتعلقة بحياة الطالب وأي فرد آخر في المجتمع، وكذلك تسخير فائدتها في كيفية معالجة تلك الظواهر، ولهذا فضلنا ان نظيف الى اسم الكتاب كلمة (علما تطبيقيا). وكذلك ومن خلال تدريسي لهذا المقرر لطلبة قسم العلوم التربوية والنفسية لأكثر من سبع سنوات بجامعة بابل، لاحظت ان المقرر القديم كان فقيرا في موضوعاته، فضلا عن انه لا يغطي كل المواضيع التي يجب ان يطلع عليها الطلبة الاختصاص في الصحة النفسية، ايضا ما حدث من تغيرات كبيرة في حياة الناس خاصة ظهور العديد من الظواهر السلبية جعلنا مدعوين لدراستها لمعرفة اسبابها، وعلامات ظهورها، وما هي الخطوات العملية في كيفية مواجهتا. كذلك فان قدم سنة تأليفه جعلته يفتقر للتطور الذي حدث في تلك الموضوعات في الوقت الحاضر وخاصة ان علوم النفس تضيف لها البحوث المستمرة المزيد من المعلومات. كذلك يوجد العديد من مؤلفات الصحة النفسية الأخرى ولكن أما انها قديمة أو انها لا تغطي كل المواضيع التي يجب أن يطلع

عليها الطلبة الاختصاص، وغير الاختصاص. ومما تجدر الاشارة اليه ان هذا المقرر يدرس في أغلب الجامعات العراقية التي تدرس اختصاص علم النفس في أقسام العلوم التربوية والنفسية. ولذا حرص المؤلفان على ان يتضمن الكتاب الحالي معظم المواضيع المهمة التي يدرسها الطالب في تلك الأقسام، فضلا عن انهم حاولوا ان يطلعوا على كل ما هو حديث من نتائج البحوث في مجال الصحة النفسية، والاستفادة من الجانب التطبيقي (الجانب العملي) لأغلب تلك الموضوعات خاصة في مجال الوقاية منها، أو كيفية مواجهتها، ومنها على سبيل المثال الوقاية من الإصابة بالتخلف العقلي، والانتحار، والإدمان، والسرقة، والسلوك العدواني...الخ. وأيضا حرص المؤلفان على ان يكون الكتاب الحالي مفيدا في معلوماته للقارئ العادي لغرض زيادة ثقافته ووعيه النفسي، وللطالب المتخصص في ميادين علم النفس المختلفة، والطلبة في اقسام كلية التربية الاخرى، والمربين والآباء. ولهذا احتوى الكتاب على العديد من الجداول والمخططات التوضيحية حتى تساعد على سهولة الفهم لموضوعاته في ثلاثة عشر فصلا، وهي على النحو الآتي:

الفصل الاول وتضمن تعريف الصحة النفسية، ومكانتها، واهميتها، ومؤشراتها. وتطرق الفصل الثاني الى الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي، وإشباع الحاجات. اما الفصل الثالث فقد ناقش السلوك السوي والسلوك الشاذ، وتحديد معايير السواء واللاسواء. وتضمن الفصل الرابع موضوع الحيل الدفاعية الشعورية واللاشعورية توافق الشخصية عبر ميكانيزمات الدفاع للشخصية السوية والشخصية المضطربة. كذلك حاول هذا الفصل ان يتضمن اكبر عدد ممكن من الحيل الدفاعية اللاشعورية ووسائل الهرب الشعورية، موضحا خصائص تلك الحيل، وما يترتب عليها من فوائد ايجابية للنمو النفسي للفرد أو ما يقع للفرد من سلبيات بسبب استعمالها، وكذلك اوضح هذا الفصل الفرق بين الحيل الدفاعية والمرض النفسي. اما الفصل الخامس فأنه بحث في

واحد من أهم عوامل التكيف الأساسية، وهي القلق، والصراع، والاحباط ومضارها وكذلك موضحا فوائدها. وتضمن الفصل السادس الإرشاد التربوي وحاول المؤلفان في هذا الفصل توضيح الجانب العملي التطبيقي لعلم الصحة النفسية في الميدان التربوي. اما الفصل السابع فقد درس الانفعال والإصابة بالأمراض الجسمية (امراض العصر وبامتياز) والنتائج السلبية المترتبة عن الضغوط التي بات الانسان يواجهها من كل حدب وصوب. وتطرق الفصل الثامن للمشاكل السلوكية للتلاميذ الاكثر انتشارا وفق ما اشارت الدراسات السابقة، وهي السلوك العدواني، والسرقة، واحد مواضيع الساعة التي دقت ناقوس الخطر وهو الانتحار وانتشاره واسبابه وعلاماته وكيفية مواجهته. اما الفصل التاسع فأنه تطرق لموضوع التخلف العقلي، وهو من المواضيع التي لازالت تنتظر المزيد من الدراسة والبحث إذ تؤكد البحوث السابقة في هذا الميدان ان (75٪) من أسباب التخلف العقلي للأسف غير معروفة لحد الآن، ويحاول الفصل الحالي توضيح أسبابه الفسيولوجية والبيئية والثقافية ومدى نسب انتشاره. وفائدة هذا الفصل تتجلى بشكل أوضح فيما يقدمه من سبل الوقاية منه سواء قبل الزواج، أو أثناء الحمل، أو بعد ولادة الطفل.

وتطرق الفصل العاشر للأمراض العصابية والأمراض والذهانية وانواعها والفروق فيما بينها، اما الفصل الحادي عشر فقد تطرق إلى واحد من أهم موضوعات مختلف شعوب الارض وهو الإدمان وآثاره السلبية الفسلجية والنفسية التي باتت بما لا يقبل الشك تهدد أمن وصحة وكيان المجتمع بسبب انتشار المتسارع وخاصة في المجتمعات العربية. ويستعرض الفصل موضوع الإدمان على الكحول والمخدرات والمنشطات التي كثرة انتشارها في مجال الرياضة وما لهذه العقاقير من آثار سلبية آنية ومستقبلية تقود للإدمان وسبل الوقاية منها. اما الفصل الثاني عشر فقد تطرق الى لموضوع الذكاء الانفعالي، وهو احد اهم مواضيع

الساعة في ميدان علم النفس بشكل عام وتحديدا موضوع الذكاء المتعدد ، واهمية هذا الموضوع في ميدان الصحة النفسية والنجاح في الحياة.

اما الفصل الثالث عشر فقد درس موضوع الذاكرة من حيث أنواعها وأسسها الفسيولوجية ، وحاول المؤلف ان يضمن هذا الفصل آخر البحوث في مجال الدماغ وخاصة المناطق الارتباطية ودورها في الذاكرة. ويتضمن الفصل سبل تطوير الذاكرة ويقدم للطالب والمدرس والمربي كيفية القراءة الصحيحة لغرض مساعدة الطالب على خزن أكبر كمية ممكنة من المعلومات في مناطق الذاكرة الصورية والسمعية والحسية في المناطق الارتباطية.

وأخيرا ندعوا من الله سبحانه وتعالى ان نكون قد وفقنا بما قدمنا ، وان يكون جهدنا هذا عونا لمن يسعى للإفادة من معارف علم النفس، وآخر دعوانا ان الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على نبي الرحمة محمد صلى الله عليه وسلم.

الفصل الأول

الصحة النفسية



المقدمة

نبذة تاريخيه

نشأة علم الصحة النفسية وتطورها

مكانة الصحة النفسية وأهميتها

تعريف الصحة النفسية

مؤشرات الصحة النفسية

أهداف الصحة النفسية

الصحة النفسية في الاسرة

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

العاملون في ميدان الصحة النفسية

الصحة النفسية من وجهة نظر مداس علم النفس

1

الفصل الأول

الصحة النفسية

المقدمة

تؤكد الحتمية النفسية إن الإنسان لا يقوم بنشاط معين إلا إذا كان من هذا النشاط هدف يحققه، معنى هذا أن لكل نشاط دافع، أي أن لكل سلوك غاية، فقد تكون هذه الغاية إشباع حاجة فسيولوجية أو نفسية. وهكذا فأن نشاط الفرد يقوم على وجود الدافع لذلك النشاط، والدافع هو حالة نفسية لها. وقد تكون الظروف التي يعيشها فرد معين مناسبة لإشباع حاجاته أي دوافعه فنراه يعيش حياة تتصف بالهدوء والاستقرار والكفاءة على العكس من ذلك الفرد الذي لا تتوافر له تلك الظروف فنجده في حالة توتر مستمر، والشعور بالإحباط والقلق. ان معظم الناس يعيشون ظروفاً حيوية بعضها يسمح بإشباع الدافع والبعض الآخر لا يسمح بذلك. أو قد يؤجل إشباعها، وقد يكون في إشباع دافع معين ما يتعارض مع إشباع دافع آخر، وقد تعوق الخبرات التي مر بها فرد ما وما تعلمه منها إشباع بعض دوافعه، وقد يعجز فرد آخر عن تحقيق هدف ما لعدم قدرته على تحقيقه وقد يرجع عجزه عن تحقيق هدفه إلى عوامل بيولوجية أو عقلية أو تكون انفعالية. ومن هنا يتضح ان الإنسان يعيش حياة نفسية نسبية وهذا يرتبط بصحته النفسية، فهو يشعر بالارتياح تارة لان الظروف ساعدته على تحقيق أهدافه، ويشعر بعدم الارتياح تارة أخرى لعدم تناسب ظروفه مع غاياته في الحياة (الخالدي، 2009، ص229-230).

من ذلك يتضح ان الصحة النفسية تعد من الأساسيات المهمة في حياة الفرد إذ أنها تؤدي إلى تحقيق التوافق والانسجام والتكامل بين خصائص شخصيته في جوانبها العقلية والانفعالية والدافعية، كما أنها تساهم في استثمار طاقاته

المختلفة على أفضل شكل ممكن بما يحقق أهدافه في الحياة ويجعله يشعر بكيانه ووجوده. فهي إذا أساس لممارسة الإنسان لدوره في الحياة فالطالب والمعلم والعامل وأي فرد في ميدان العمل لا يمكن لكل منهم أداء دوره وفقاً لما مطلوب منه ما لم يتمتع بالصحة النفسية. كما تأتي أهمية الصحة النفسية من التأثير الذي تتركه في الصحة الجسمية للفرد، إذ أن التعرض للأزمات والضغوط النفسية قد يترتب عنها الإصابة بالعديد من الأمراض التي تدعى بالأمراض النفسجسمية (الأمراض السايكوسوماتية) وهي الأمراض التي تصيب الجسم وذات منشأ نفسي. كالقرحة بمختلف أشكالها والربو وأمراض الضغط والسكري وتصلب الشرايين. وبالنظر لهذا التأثير الذي تتركه حالة الاضطراب في صحة الفرد النفسية فقد عد الاهتمام بها هدفاً تربوياً بحد ذاته ذلك لأن الاهتمام بالصحة النفسية للطالب والمدرس يعد عاملاً أساسياً في تحقيق مختلف الأهداف التربوية ومن هنا كان لزاماً على المهتمين بشؤون التربية والتعليم نشر مفاهيم الصحة النفسية وترسيخها في نفوس الطلبة والمدرسين والآباء وتطبيقها في سلوكهم بما يساعد في تحقيق التوافق والانسجام التام على المستويين الشخصي والاجتماعي (الطريحي، وربيع، 2001، ص115-116). وتشكل الجامعة في أي مجتمع من المجتمعات الركيزة الأساسية لتطوره وتمكنه من مسايرة التقدم العلمي والتقني حيث تقع مسؤولية أعداد الكوادر البشرية المتخصصة التي تحتاجها خطط التنمية أدارة وتخطيطاً وتنفيذاً والمساهمة الفاعلة في تطوير حركة البحث العلمي التي تحتاجها التنمية في الوقت الحاضر كونها تعد من مستلزمات التقدم الحضاري لأي مجتمع وعليه ينبغي أن تعمل الجامعة من خلال منهاجها وبرامجها وأنشطتها على تنمية الصحة النفسية لدى الطلبة بوصفها قوة موجهة ودافعة للسلوك وتشذيب شخصياتهم من المفاهيم السلبية عن الذات التي تؤدي إلى العجز والفشل في مواجهة إحداث الحياة ومن ثم الانحراف والاضطراب النفسي فضلاً عن العمل على تفهم طاقاتهم ومواهبهم وإمكانياتهم النفسية التي

تمكن الطلبة من مواجهة إحداث الحياة بأساليب إيجابية (كفافي، 1995، ص56).

والصحة النفسية أصبحت من أكثر العلوم الإنسانية والاجتماعية إثارة للاهتمام والدراسة في هذا العصر الذي يمتاز بتعقد الحضارة الإنسانية وارتقائها وارتفاع مستوى الطموح لدى الشباب وصعوبة تحقيق أهدافهم في عالم كثرت فيه التوترات والصراعات التي أدت إلى شعور الفرد بعدم الاستقرار وقلة الشعور بالأمان مما يزيد من قلقه على مستقبله كما أن تعقد الحياة الحديثة يتطلب من الفرد إعداداً نفسياً عالياً يتمكن من مواجهة الحياة هذا إلى جانب ضعف دور الأسرة الذي كانت تقوم به إزاء أبنائها وغير ذلك من النزاعات المادية، وكل ذلك ساهم في خلق الصعوبات والأزمات النفسية التي لابد لها من الوقاية والعلاج وقد لا تقل أهمية الصحة النفسية عن أهمية الصحة الجسمية العامة بل تبقى الصحة النفسية بمثابة تعبير عن الاهتمام بالصحة العامة إذ لا غنى عن الصحة النفسية ولا غنى للنفس عن صحة الجسم (زهران، 1993، ص 13-14)، فضلا عن ذلك فأن مما يزيد من أهمية الموضوع أنه تناول الصحة النفسية بشكلها العام والواسع وأن تمتع الأفراد بصحة نفسية جيدة تهيئهم إلى توافق حسن مع تحديات البيئة وحسن الأداء فضلاً عن إن الفرد يتطلب مساعدته على تحقيق الانسجام التام مع نفسه ومع مجتمعه وتمتعه بالصحة النفسية السليمة التي تهيئه لاكتساب المهارات والخبرات وتسهل عليه استغلال طاقاته وقدراته إلى أبعد حد ممكن وتمكنه من التفاعل مع قيم المجتمع ومعاييره وتجعل الفرد قادراً على فهم ذاته وتوحد شخصيته في أداء وضيفي كامل متناسق جسمياً وعقلياً واجتماعياً وينظر إلى الحياة بثقة وأمان (كفافي، 1995، ص39).

نبذة تاريخية:

إن اهتمام الإنسان بالصحة النفسية وعلاج الاضطرابات العقلية إنما يرجع إلى عصور قديمة قدم الإنسان، وأول علاج للاضطرابات العقلية بالجراحة وجد

في جمجمة عثر عليها في كهف من العصر الحجري ويعتقد أنها لشخص مضطرب عقلياً وقد تمت عملية نشرها بآلة حادة لإحداث فتحة على شكل دائرة تسمح بخروج الشيطان من البدن.

وكان الصينيون القدماء والفراعنة والإغريق يعتقون إن مهمة العلاج النفسي هي طرد الأرواح الشريرة من الأبدان، واستخدم كهنتهم في علاج ذلك السحر، والصلاة، والتعاويذ، والعمليات الجراحية(بشكلها المبسط)، إما إذا استعصت حالة المريض فكانوا يأمرون بحرقه بدعوى أن الروح الشريرة استقرت فيه.

إلا إن الفيلسوف الإغريقي هيبوقراط(460-377ق.م) ارجع الإمراض العقلية إلى خلل في الدماغ مركز النشاط العقلي، واهتم بتشخيص حالات الاكتئاب والهستريا وعلاجها بأسلوب علمي، فوصف لعلاجهما تنظيم الحياة وتخفيف الضغوط اليومية والتغذية والتمرينات الرياضية وفصد الدم أذا لزم الأمر، واعتقد هيبوقراط إن الهستريا تصيب النساء بسبب اضطرابات في الرحم ونصح بزواج المرأة كأسلوب علاجي.

وعندما انتقلت الحضارة اليونانية إلى الإسكندرية كان معبد زحل من أفضل الأماكن لعلاج المرضى النفسيين بأساليب طبية ونفسية منها المشي في حديقة المعبد وحفلات الرقص والموسيقى والرحلات في النيل والتغذية والتدليك والتمرينات الرياضية.

أما في العصور الوسطى فكانت عصور ازدهار لعلم الصحة النفسية في البلاد الإسلامية، وعصور مظلمة لهذا العلم في أوربا، وينظر الإسلام إلى المصاب بالاضطراب العقلي أي (الجنون) على انه مريض بحاجة إلى العلاج، وقد رفع عنه الحرج وأعفاه من المسؤولية من التكاليف الشرعية.

قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) (ارفع القلم عن ثلاث: النائم حتى يستيقظ، والصغير حتى يبلغ، والمجنون حتى يفيق).

وقد ساعدت هذه النظرة إلى الاضطرابات العقلية على اهتمام علماء المسلمين بتشخيصها وعلاجها ورعايتها، وأنشئت أول مستشفى للطب النفسي في بغداد سنة(792م) وتبعتها مستشفيات أخرى في دمشق والقدس والقاهرة والأندلس وأوقف المسلمون الخيرات للإنفاق على هذه المستشفيات وعلاج نزلائها ومعاملتهم معاملة إنسانية كريمة. واشتهر في هذا المجال ابن سينا(980-1037م) الذي وصف في كتابه(القانون في الطب) حالات الهستريا والصراع والهوس والاكتئاب، وكانت له طريقة فريدة في العلاج النفسي.

ثم قامت النهضة الأوربية واستقى علماؤها كثيرا من انجازات علماء المسلمين وينسب(Farlet) انه من الأوائل في العصر الحديث الذين بحثوا في فرنسا إمكانية إعادة التكيف الاجتماعي والنفسي للمرضى. وشهد العالم قفزة في هذا المجال على يد فرويد وتلاميذه وزملائه في مدرسة التحليل النفسي، الذين نادوا بأهمية الحياة النفسية الداخلية وبينوا دور الدوافع النفسية اللاشعورية والحيل النفسية والعقلية في الحياة النفسية للفرد. وبعد ذلك شهد العالم اتساع حركة رعاية الصحة النفسية وقيام العديد من الجمعيات كان أولها في واشنطن سنة (1921) ثم في سنة (1930) وفي باريس سنة (1937) ثم في سنة (1961)، وأنشأت منظمة الصحة العالمية (WHO) قسماً للصحة النفسية سنة (1949)،(مياسا، 1997 ص4 -7).

نشأت علم الصحة النفسية وتطوره

ان الباحث المتتبع لنشأت الصحة النفسية وتطورها يجد ان موضوعات هذا العلم هي قديمة قدم الإنسان فالقرآن الكريم يخبرنا ان ادم عليه السلام نشأ في صحة نفسية وجسمية فقد خلقه الله في أحسن تقويم ووفر له صور الأمن والطمأنينة، فأكرمه ونعمه، واسجد له الملائكة وعلمه ما لم يعلم وجعله خليفة الله في الأرض قال الله تعالى ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ فِىٓ أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾، (التين، آية 4)

ثم تفاعل ادم وحواء مع إبليس وتجاوبا مع إرشاداته الشريرة وهما يحسنان الضن به واكلا من الشجرة ونتج عن هذا الأمر ارتكاب خطيئة عندئذ أدركا

بعد فوات الأوان خدعة الشيطان اللعين وكذبه وشعورهم بالذنب وعجزا عن مواجهة المواقف الجديدة، فتغيرت حالتهما في الصحة النفسية من الشعور بالأمن والعيش الرغيد إلى وهن الصحة النفسية والشعور بالذنب والقلق. ثم عالج الله سبحانه وتعالى ما أصاب ادم وحواء من وهن في صحتهما النفسية بالتوبة عليهم والعفو عنهما وان لهما في ذريتهما طريق الصحة النفسية طريق الهدى، وطريق وهن الصحة النفسية طريق الشيطان. (حويج و الصفدي 2009ص16). ولكن مفهوم بهذه الأهمية متعدد الأبعاد ليس من السهل النظر إليه نظرة سطحية فهو مفهوم من المفاهيم التي لا يوجد اتفاق كبير بين العلماء والمختصين عليها لكونها تتأثر بالعوامل الثقافية والمعايير السائدة في المجتمع مما قد يختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع إلى آخر ومن زمن إلى آخر لكونه من المفاهيم الثقافية والنسبية، إذ ان ما يعد سلوكا شاذا أو انحرافا أو غير معتاد في مجتمع أو ثقافة ما قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر أو ثقافة أخرى.

فضلا عن ما تقدم فان الإنسان ذاته أينما كان زمانه، ومكانه الذي يعيش فيه، يكون في حالة صيرورة Becoming وتغير ونمو مستمرة، فهو ينتقل من مرحلة نمو إلى أخرى ولكل منها طبيعتها ومشكلاتها ومتطلباتها، فمثلا أن الحب المفرط للذات أو الأنانية في الطفولة المبكرة، قد يكون طبيعيا لكنه يعد مؤشرا على مشكلة سلوكية أو دليلا على سوء التوافق إذا ما استمر مهيمنا على سلوك الفرد ذاته في مرحلة نمو تالية. وهكذا يستمد مفهوم الصحة النفسية جزءا من ديناميته من طبيعة التغيرات التي تعتري الفرد من مرحلة نمو إلى أخرى (القريطي، 1998، ص13-22).

والبعض من المتخصصين يرى انه يمكن تحديد مفهوم الصحة النفسية من خلال زاويتين، إحداهما تأخذ في نظر الاعتبار غياب المرض النفسي، أو سوء التكيف سواء كان يسيرا، أو خطيرا والتي قد تتدرج في خط متصل يبن المشكلات اليومية البسيطة إلى مشاعر النقص أو الشعور بالذنب ومن ثمة إلى

الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العصابية وكذلك الأمراض الذهانية، إذن وفقا لهذا الرأي يكون الفرد بصحة نفسية إذا كان خاليا من كل هذه الأعراض. أما الزاوية الثانية فإنها ترى إن الصحة النفسية هي التكيف والتلاؤم مع متطلبات الحياة، لذلك عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بصفة عامة بانها تكيف الأفراد مع أنفسهم ومع العالم عموما، مع حد أقصى من النجاح والرضا والسعادة والسلوك الاجتماعي السليم والقدرة على مواجهة حقائق الحياة وقبولها. كما ان حصول الفرد على اكبر قدر من النجاح تسمح به قدراته مع حد أقصى من الشعور بالسعادة من جانبه، واكبر قدر مستطاع من الفائدة للمجتمع. فمن كان بهذا المستوى يكون على قدر كاف من النضج الانفعالي بحيث يتلاءم مع الظروف كافة(صالح، 2002، ص22-23).

مكانة الصحة النفسية وأهميتها

أهمية الصحة النفسية و مكانتها تأتي من ازدياد اهتمام بالإنسان وكرامته وسعادته ودليل على ذلك ازدياد المراجعين للعيادات والمصحات النفسية وهذا كله له أسبابه منها:

مشكلات الحياة العامة. بعد تطور وسائل الفكر ووسائل الرعاية والإعلام التي زادت من صعوبات الإنسان كما زادت من ثقافته.

ازدياد المشكلات الخاصة في عدد من المجتمعات نتيجة تحضرها أو ازدياد انتقال الإنسان الريف إلى المدن ذات الحياة الصاخبة.

صعوبة شروط الحياة ومتطلباتها كل هذه المشكلات وغيرها زادت من الاضطرابات النفسية وغيرها، مما زادت من أهمية ومكانة الصحة النفسية. نعلم ان الاهتمام بالصحة النفسية في بلاد الغرب يختلف عن بلاد العرب التي لا تزال في البدايات وهذا أيضا يعود لعدة أسباب منها:

قلة العيادات والمصحات النفسية.

قلة المتخصصين.

صعوبات تأتي من الأسرة والأشخاص وعدم الرغبة عن الإعلان عن حالات الاضطراب(الخالدي ، العلمي ، 2008ص11).

كذلك ان طبيعية الحياة في المجتمعات العربية لم تعد بمنى عن التطور الذي حدث في المجتمعات الأوربية.

أيضا الغزو الثقافي والفكري الذي أصبح مسيطرا على تفاصيل الحياة في المجمعات العربية.

انتشار وسائل الترف والبذخ في البعض من المجتمعات العربية، مما ترتب عليه زيادة حاجات الإنسان التي لا تنتهي فالفرد أصبح يجري بشكل محموم لإشباع حاجات مادية متصارعة كثيرة.

هل يتمتع الفرد بصحة نفسية تامة أم انها توجد ولكن بشكل متدرج؟

لا يمكن ان نجد فرد ذو صحة نفسية تامة فهي دائما في مستويات متدرجة وقد تصل في بعض الأحيان إلى التناقض، (يتأرجح) أي من الصحو التام إلى حالة الاضطراب، وقد يستغرب القارئ من ذلك، لكنها هذه هي الحقيقة. وسبب ذلك ان الإنسان كائن نفس فسلجي وليس كائن مادي يبرمج كما يبرمج الحاسوب (الكومبيوتر). وعليه فقد أشارت الدراسات السابقة وأدبيات علم النفس إلى ان الصحة النفسية تتدرج في أربعة تدرجات وهي على النحو الآتي:

الفرد الصحيح نفسيا: وهو الذي يعي دوافع سلوكه ويتوافق مع بيئته بفعالية بناءة، ويتمكن من التأثير فيها متمكن من توجيه المثيرات للآخرين ومهيأ للآخرين الفرصة للاستجابة التكيفية، مستشعرا السعادة والرضا من جراء ذلك ويمتلك طاقة نفسية ايجابية تمكنه من مواجهة المشكلات من دون اضطراب.

الفرد السليم نفسيا: وهو الذي يتمكن من الاستجابة للمواقف الحياتية التي تستدعي ذلك بطريقة تكيفيه، لكنه لا تتوافر لديه طاقة كافية تمكن من التأثير والمبادأة والتحكم بالظروف.

الفرد الخالي من المرض النفسي: هو الفرد الذي لا تصدر عنه استجابات عصابية أو ذهانية ظاهرة نتيجة اتخاذه مواقف هامشية، أو التزامه الحياد منها أو نتيجة لعدم تعرضه بقصد أو بغير قصد لمواقف التفاعل مع متطلبات الحياة أو مع الآخرين، لذا فقد لا يشكو هذا الفرد أعراضا مرضية ظاهرة، لكنها تظهر إذا تعرض لمواقف معينة فيها القليل من الضغوط.

الفرد المريض نفسيا: وهو الفرد الذي لا يستطيع ان يواجه المواقف التفاعلية في الحياة بأية صورة من صور التكيف بل يستجيب لها باستجابات توافقية سيئة(عصابية أو ذهانية)، وهو يشكو من أعراض مرضية يشعر بها، أو تظهر من خلال تصرفاته أو سلوكه اليومي (الشرقاوي، 1983، ص28).

لذلك حينما نسعى إلى تحديد مفهوم الصحة النفسية نجد أنفسنا أمام مفهومين:

المفهوم الأول: يرى أن الصحة النفسية هو الخلو من أعراض الأمراض النفسية، أي ان الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو الخالي من أعراض المرض النفسي أو العقلي، بمعنى آخر انتفاء حالة المرض عنده. أما أذا كانت حالة المرض موجودة فهذا يعني ان الصحة النفسية مصابة، ولكن لا تصبح الحالة النفسية شاذة إلا حين تبلغ درجة شديدة في انحرافها. ويعني هذا أننا نعرف الصحة النفسية بحالة المرض. فأن كانت حالة المرض موجودة كانت الصحة النفسية مصابة، وان كانت غير موجودة كانت الصحة النفسية حسنة وسليمة.

والمفهوم الثاني للصحة النفسية: يرى ان الصحة النفسية ليست مجرد انتفاء أعراض المرض النفسي بل تتحدد في ضوء توافر عدد من المظاهر، التي تعتمد على قدرة الفرد على التوافق Adjustment، حيث ينظر هذا الاتجاه إلى الصحة

النفسية على انها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع والبيئة التي يعيش فيها، وقدرته على مواجهة الصعوبات والأزمات النفسية من غير اضطراب فضلا عن إحساسه بالسعادة والرضا، إذ يأخذ التوافق جانبين هما، الملائمة أو التلاؤم الذي يرتبط بالبيئة ومطالب الواقع من جميع الجوانب الاجتماعية والإيمائية والجسمية والطبيعية، والثاني الذي يمثل الرضا الذي يعني إحساس الفرد بالسعادة والتقبل النفسي للبيئة المحيطة به(الرفاعي، 1987، ص5).

وإذا أمعنا النظر في هذا المفهوم نراه يتضمن ثلاث سمات أساسية تمثل طريقا ايجابيا متكاملا للصحة النفسية وهي:

قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه توافقاً من شأنه ان يخلق السلام والاطمئنان الداخلي خالياً من الصراعات، ويرى علماء النفس ان الفرد المتزن ذا الشخصية الناضجة يستطيع ان يعيش بوئام مع نفسه ومع مجتمعه وان يقيم توازناً بين وظائفه النفسية الثلاثة: الشهوة والعقل والضمير.

ويقصد بهذا وجود انسجام بين غرائز الفرد وبين اتجاهاته العقلية التي ترضي الجانب العقلي فيه وبين الجانب المثالي الذي يرضي الضمير أي ان المقصود بالتوافق بين الوظائف النفسية ان يكون الفرد قادراً على التوافق بين غرائزه وعقله وضميره.

أما السمة الثانية فهي قدرة الفرد على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان بصبر وثبات وبأساليب توافقية مباشرة.

السمة الثالثة لصحة الفرد النفسية هي إحساسه بالسعادة والرضا أي يكون الفرد سعيداً بنفسه وبالآخرين يشعر بالرضا عن ذاته وعن مجتمعه (حجازي، 2006ص 9)، (مياسا، 1997، ص15-16).

ان التوافق النفسي بجانبيه التلاؤم والرضا فضلا عن القدرة على التفاعل والفاعلية والتأثير من العوامل الرئيسية في تحديد التدرجات الأربعة للحالة النفسية وتمييزها (الشرقاوي، 1983، ص 23).

أما معنى الصحة النفسية فيمكن ان يشار إليه بانه التوافق التام أو التكامل Integrationبين الوظائف النفسية المختلفة، مع قدرة على مواجهة الأزمات النفسية الاعتيادية أو التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الايجابي بالسعادة والكفاية، (العيسوي،1984، ص27)، (زهران، 1988، ص10-12).

تعريف الصحة النفسية

ربما كان أسهل وسيلة لفهم المقصود بالصحة النفسية، ان نبدأ بالتساؤل عن معنى الصحة البدنية نتحدث عن صحتنا (البدنية) فنصفها بأنها سيئة أي اننا نعاني في ذلك اليوم من الانفلونزا أو الالتهاب إلى غير ذلك من الأمراض أو قد نقول عن الصحة بأنها لابأس بها بقولنا الحمد لله. ولكنه ليس معنى إجابتنا هذه اننا نتمتع بصحة تامة، وبعبارة أخرى فأن المرضى ليسوا جميعا على درجة واحدة من الصحة والعافية، فاختلافات تقوم على أسس عديدة منها: مثلا درجة سلامة الحواس الحيوية العامة، قدرة الجسم على مكافحة ومقاومة المرض. وعلى نفس النمط نستطيع ان نعرف الصحة النفسية فقد نقصد بالصحة النفسية أحيانا سلامة الافراد من المرض النفسي والعقلي في صور مختلفة وعدم ظهور أعراض اضطرابات السلوكية الحادة في أفعالهم وتصرفاتهم وقد يكون لدى الأفراد درجة من الاختلاف والغرابة من حيث قناعتهم ورضاهم عن أنفسهم أو من حيث نجاحهم في إقامة العلاقات الطيبة والتوافق مع الأشخاص المحيطين بهم (الخالدي والعلمي، 2008ص11).

ويضيف(القوصي) أن وظيفة الحياة النفسية بمختلف عناصرها هي تكيف المرء لظروف بيئته الاجتماعية والمادية وغايتها تحقيق حاجات الفرد، وهي تتحقق عادة بالتعامل مع البيئة، وهذه البيئة متغيرة وهذا التغيير يثير مشكلات يقابلها الإنسان بحالات من التفكير والانفعال ومختلف أنواع السلوك. ولكن التغييرات التي تحدث ربما تكون شديدة لدرجة خارجة عن الحد الذي يقوى عقل الفرد في مقابلته والتكيف له.

وبذلك يمكن ان نعرف الصحة النفسية بأنها الرضا عن الذات والآخرين. ومدى قدرة الفرد على التوافق النفسي والاجتماعي مع الآخرين، من خلال إشباع حاجاته بالطريقة التي لا تتعارض مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع.

فالصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نسبيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه وبيئته ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين.

تعد الصحة من المكونات المهمة للشعور بالهناء، وهي بحق أحد عناصره الموضوعية، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسعادة، ويشيع النظر إليها على أنها واحد من أسبابها الرئيسية. وقد تناولت بحوث كثيرة العلاقة بين الصحة والسعادة، وبين تحليل كمي لنتائج هذه الدراسات إلى وجود معامل ارتباط متوسطة بين الاثنين. هذا الارتباط كان أقوى لدى النساء وذلك عند استخدام مقاييس الشعور الذاتي بالصحة، وتكشف رابطة وثيقة بين المشاعر السلبية ومشاعر العناء وكمية القلق وبين سوء الصحة (اراجيل، 1993: ص 227). فالصحة النفسية ترتبط بالسعادة والطمأنينة سواء لدى الفرد بمفرده أو في علاقته بأقرانه أو علاقته بأفراد مجتمعه. فالصحة النفسية شأنها شأن الصحة الجسمية يجب النظر إليها على أنها منتهى ما يسعى إليه الفرد من خلال سلوكه وتفاعله مع الحياة من حوله، وعلى هذا فهي منتهى طريق طرفه الآخر هو المرض النفسي(الشرقاوي، 1983)، والصحة الجسمية لا تقرر إلا بالأداء الإيجابي للجسم وأعضائه وبالقدرة على توظيف هذا الجسم لخدمة الفرد وتحقيق أهدافه مع الإحساس بالمتعة من جراء السيطرة على مقدرات هذا الجسم والاستخدام الإيجابي لها في الحياة اليومية.

مؤشرات الصحة النفسية

اختلفت وجهات النظر في تحديد معايير الصحة النفسية ومن خلال دراسة وتحليل سلوك بعض الأشخاص الأصحاء الذين نجحوا في حياتهم الشخصية والاجتماعية والمهنية ممن يفترض أنهم يتمتعون بصحة نفسية سليمة توصل مازلو

Maslow إلى أربعة عشر محك هي: الاتجاه الواقعي، تقبل الذات والآخر، التلقائية، التمركز حول المشاكل بدلا من التمركز حول الذات، الذاتية والحاجة إلى الخصوصية، الاستقلالية، التقدير المتجدد، امتلاك خبرات روحية عميقة، التوحد بالبشرية، الاتجاهات والقيم الديمقراطية، عدم الخلط بين الغايات والوسائل، الولع بالإبداع، روح المرح ذات طابع فلسفي وليس عدواني، مقاومة الامتثال للثقافة(Maslow, 1957, P.210).

وبشكل عام يمكن القول انه توجد مظاهر متعددة إذا توافرت لدى الأفراد يمكن الحكم عليهم بأنهم يتمتعون بالصحة النفسية وهذه المظاهر هي:

1. إدراك جيد للواقع: يكون الأفراد الأسوياء واقعيين في تقدير استجاباتهم (ردودأفعالهم) وقدراتهم في تفسير ما يجري من حولهم في العالم المحيط بهم. ولا يسيئون في الغالب إدراك ما يقوله الآخرون وما يفعلونه، ولا يبالغون في الغالب في قدراتهم ومنجزاتهم، ولا يبخسونها، ولا يتجنبون الصعوبات.
2. معرفة الذات: يمتلك الأفراد المتكيفون جيداً دراية مقبولة بدوافعهم ومشاعرهم، أكثر من الأفراد المشخصين مرضى عقلياً، وهم لا يخفون مشاعرهم المهمة ودوافعهم عن أنفسهم، على الرغم من أننا بوصفنا أسوياء، لا نستطيع فهم مشاعرنا وتصرفاتنا بشكل كامل.
3. القدرة على ممارسة سيطرة اختيارية على السلوك: يشعر الأفراد الأسوياء بثقة مقبولة بخصوص قدرتهم في السيطرة على سلوكهم : وهم قد يكونون اندفاعيين أحياناً : إلا أنهم قادرون على مقاومة الالحاحات الجنسية أو العدوانية، وقد يفشلون في مسايرة القوانين الاجتماعية، لكن قدراتهم هنا تكون اختيارية وليس نتيجة لدوافع غير مسيطر عليها.

4. تقدير الذات وقبولها: يمتلك الأفراد المتوافقون تثميناً لذواتهم، ويشعرون بأنهم مقبولون ممن حولهم، ومرتاحون بوجودهم مع الآخرين: وهم يتصرفون بعفوية في المواقف الاجتماعية، ولا يشعرون بأنهم ملزمون للخضوع في آرائهم للآخرين، فيما يكون الإحساس بعدم القيمة، والشعور بالاغتراب والنقص في القبول شائعة بين المشخصين بضعف السواء أو عدمه.

5. القدرة على تكوين علاقات صميمية: يكون الأفراد الأسوياء قادرين على إقامة علاقات مودة وصداقة مع الآخرين، ولديهم حساسية بمشاعر الآخرين، وهم لا يفرضون مطالبهم على الآخرين لإرضاء حاجاتهم الخاصة، فيما يكون الأفراد المضطربون عقلياً قلقين ومنشغلين في حماية أنفسهم، وإنهم متمركزون على ذواتهم، وعلى الرغم من إنهم يبحثون عن المودة والصداقة، لانشغالهم بمشاعرهم الخاصة، إلا أنهم غير قادرين على تبادلها.

6. الإنتاجية: يكون الأفراد المتوافقون قادرين على توظيف قدراتهم في نشاط منتج، ومتحمسين بخصوص الحياة، وليسوا بحاجة إلى دفع أنفسهم لإشباع متطلبات اليوم الحاضر، فيما يكون النقص المزمن في الطاقة، والإحساس المفرط بالتعب، إعراضاً للتوتر النفسي الناتجة عن مشاكل غير محلولة (صالح، 2000، ص 120) (خليل، 2006، ص11013).

والبعض من حدد هذه المؤشرات وفقا لمراحل النمو النفسي وهذا ما فعله (اريكسون) – أحد علماء الشخصية- حيث عرض ثمانية مظاهر للصحة النفسية على مدى ثمان مراحل للنمو على النحو الآتي:

- الإحساس بالثقة، والمرحلة الملائمة لهذه الخاصية هي السنة الأولى من حياة الطفل.

- الإحساس بالاستقلال وتعني إدراك الطفل أنه كائن له إرادة خاصة به
- الإحساس بالمبادأة وهي خاصية تميز الصحة النفسية لدى الطفل في سن الرابعة والخامسة وتعني أيضاً القدرة على عمل أشياء يكتشف في ضوئها الأشخاص الذين يلقاهم.
- الإحساس بالإنجاز، وأن ما يميز الصحة النفسية لطفل المرحلة هذه الممتدة من السادسة وحتى الحادية عشرة أو الثانية عشرة هو الإحساس بالإنجاز.
- الإحساس بالهوية وتبدأ هذه الخاصية للصحة النفسية مع بداية المراهقة، وأن النجاح في الإحساس بالهوية هو علامة على الصحة النفسية في هذه المرحلة.
- الإحساس بالود والتآلف وتتصف الصحة النفسية في هذه المرحلة في سن السادسة عشرة أو السابعة عشرة، أي بداية المراهقة المتأخرة.
- الإحساس بالوالدية وتعني ما يتصف به الفرد من خصائص الصحة النفسية السابقة لهذه المرحلة بقدر ما ينمو لديه الإحساس بالوالدية.
- الإحساس بالتكامل وتعني هذه الخاصية التي تميز الصحة النفسية اعتباراً من الرشد المتأخر في(45 سنة)، وفي هذه المرحلة يدرك الفرد بأن حياته هي مسؤوليته وحده وأنه مستعد للدفاع عن كرامته وقيمه وأهدافه في مواجهة ما يهددها.

ويبدو مما تقدم من مؤشرات أو مظاهر الصحة النفسية سالفة الذكر أنها اشتملت على مظاهر عديدة ومنها ما يتصل بالجانب الجسمي، ومنها ما يتصل بالجانب النفسي ومنها ما يتصل بالجانب الاجتماعي، ومنها ما يتصل بالجانب الخلقي والروحي (القريطي، 1998، ص60).

وبشكل عام يمكن القول ان الصحة النفسية تعد دائماً وعبر كل المراحل الحياتية في حياة الإنسان من الطفولة إلى المراهقة إلى البلوغ ثم الشيخوخة متغيرا مؤثرا ومتأثرا، وبلغة منهج البحث العلمي مستقلا مرة وتابعا مرة أخرى ولكنه لا ينفصل إطلاقا من قوة تأثيره على الفرد حتى وإن تغيرت الظروف أو تنوعت، فهو يرتبط بالمرض النفسي حين تتدهور أحوال النفس ويرتبط بالتوافق السوي حين تتحسن ظروف الفرد ويتواءم مع بيئته.

أهداف علم صحة النفسية:

الصحة النفسية علم تطبيقي له هدفان، هما:

هدف وقائي غرضه حماية الأفراد من العوامل التي تؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، المهني، الدراسي، ...الخ.

هدف علاجي غرضه حل مشاكل سوء التوافق بواسطة الاستعانة بواسطة أساليب التوجيه والارشاد والعلاج النفسي والطب النفسي.

ومن مبررات دراسة الصحة النفسية ما يأتي:

حتى يستطيع الفرد ان ينمو نموا نفسيا سليما ذا شخصية متزنة لابد ان يتمتع بصحة نفسية جيدة.

أثبتت الدراسات السابقة ان الضغوط النفسية أصبحت أحد أكثر أسباب الإصابة بالأمراض الجسمية.

الظروف النفسية أصبحت في مقدمة العوامل التي تؤثر على التوافق النفسي للفرد في عمله وفي علاقاته بالآخرين.

لا يمكن الحد أو السيطرة على المشكلات السلوكية في البيت والمدرسة ما لم تتوفر لدينا معلومات عن التوافق وسوء التوافق ومبادئ الصحة النفسية.

الصحة النفسية تكاد تشكل الأساس للشعور بالسعادة.

الأهداف الاستراتيجية للصحة النفسية:

الهدف الإنمائي:

ويقصد به توظيف ما لدينا من معرفة نفسية في تحسين ظروف الحياة اليومية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع وفي مساعدة الناس على تنمية قدراتهم وميولهم ومواهبهم والاستفادة منها في العمل والإنتاج والإبداع فيما يعود عليهم بالنفع وعلى المجتمع بالخير.

الهدف الوقائي:

ويقصد به توظيف ما لدينا من معرفة نفسية في اكتشاف الأشخاص الذين يعشون في ظروف من ضغوط وأزمات واحباطات ومشكلات وصراعات ولم ينحرفوا بعد وتقديم المساعدة لهم وإرشادهم ومتابعتهم حتى تنتهي في هذه الظروف وتزول عنهم مخاطر الانحرافات.

الهدف العلاجي:

ويقصد به توظيف ما لدينا من معرفه نفسية في تشخيص وعلاج ورعاية المضطربين نفسياً وعقلياً والمدمنين على المخدرات والكحول والمنحرفين سلوكيا وسايكوباثيا (أفراد لديهم سلوك مضاد للمجتمع)، وكذلك الذين يعانون في صعوبات النطق والتعلم وغيرها، و إيقاف التدهور في حالات المنحرفين إلى اقل حد ممكن(الأنصاري، 2007 ص 15)، (أبو حويج والصفدي، 2009ص16).

الصحة النفسية في الأسرة

تقوم الأسرة بدور مهم في التنشئة الاجتماعية، وهي الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيراً في سلوك الفرد، وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة، فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل وهي العامل الأول في صبغ سلوك الطفل بصبغه اجتماعية، ونحن نعلم ان السنوات

الأولى من حياة الطفل تؤثر في التوافق النفسي أو سوء التوافق حيث يكون الأطفال شديدي التأثير بالتجارب الاولى المؤلمة والخبرات الصادمة التي يتعرضون لها في بداية حياتهم.

وللأسرة خصائص هامة منها انها الوحدة الاجتماعية الأولى التي ينشأ فيها الطفل، وهي المسئولة عن تنشئة الطفل اجتماعياً وهي التي تعد النموذج الأمثل للجماعة الأولية التي يتفاعل الطفل مع أعضائها وجهاً لوجه ويتوحد مع أعضائها بما تقدمه من نماذج سلوكيةً للطفل.

وتستخدم الأسرة أساليب نفسية عديدة أثناء التنشئة الاجتماعية للطفل مثل الثواب والعقاب والمشاركة في المواقف والخبرات بقصد تعليم السلوك والاستجابات والتوجيه المباشر والتعليم (الأنصاري، 2007 ص 22).

ولذا يمكن القول ان ما يتمتع به الأب والأم من قدر كافٍ من الصحة النفسية كلما أثر ذلك بشكل إيجابي على التنشئة السليمة للطفل وبالتالي مدى تمتعه بمستوى مناسب من صحة نفسية. فحينما يحاط الطفل بالقدر الكافي من العناية والرعاية، ومدى شعوره بأنه محبوب من الوالدين ومدى شعوره بالأمن والمكانة كلما استطعنا ان نخلق الأساس السليم للنمو النفسي.

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة، وفيما يلي أهم هذه الخصائص:

تقبل الذات (فهم الذات – التوقعات الخارجية – عدم وجود معوقات داخلية أو خارجية).

التوافق الشخصي والاجتماعي والواقعية وتقبل الواقع والتوجه في الحياة وفقا لفلسفة غنية بالمعاني.

الاستقلال والتوجه الذاتي والإرادة (الفاعلية الداخلية لتوجيه الأوامر إلى الذات، مقاومة الغواية والإغراء).

المسؤولية والنضج الانفعالي والتوجه خارج الذات وتحقيق الذات، الاستمرار في النمو الشخصي (منصور، 1982، ص81-104).

وجاء في مصادر أخرى الصفات الآتية:

- ❖ الشعور بالسعادة مع الآخرين.
- ❖ الشعور بالسعادة مع النفس.
- ❖ تحقيق الذات واستغلال القدرات.
- ❖ القدرة على مواجهة مطالب الحياة.
- ❖ التكامل النفسي.
- ❖ السلوك العادي.
- ❖ العيش في سلامة وسلام (مياسا، 1997 ص23).

العاملون في ميدان الصحة النفسية

العمل في ميدان الصحة النفسية يجب ان يكون في شكل فريق يضم.

المعالج النفسي: ويتخرج من احد أقسام علم النفس ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي، ويجب ان يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبية التي يحتاج إلى معرفتها في العلاج النفسي، ويحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية(وقوانين عدد من الدول (على حد علم المؤلف تسمح لهم بفتح عيادة للعلاج النفسي يجري فيها التوجيه والارشاد والاستشارات النفسية والعلاج بدون استخدام (Treatment Without Drug) كما هو الحال في مصر واليمن والكويت وايران.

الاختصاصي النفسي: ويتخرج من احد أقسام علم النفس بالجامعة، ويتخصص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي.

الطبيب النفسي: ويتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية وقد يتخصص بالأمراض النفسية والعصبية ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسمي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي.

الاختصاصي الاجتماعي النفسي: ويتخرج من احد أقسام علم الاجتماع أو معاهد الخدمة الاجتماعية ويؤهل تأهيلاً خاصاً في علم النفس، ويختص بإجراء المقابلة الأولى مع المريض ومع أسرته ومحل عمله والمؤسسات الاجتماعية المختلفة بالبحث الاجتماعي، وينظم معظم أوجه النشاط في العيادة النفسية، وقد يساهم في العلاج النفسي(حبيب، 2006 ص 25).

الصحة النفسية كما فسرتها نظريات علم النفس

تعددت وجهات النظر التي حاولت تفسير الصحة النفسية التي من أهمها ما يأتي:

نظرية التحليل النفسي

يعد "فرويد" من أكثر علماء النفس الذين اهتموا بتفسير الصحة النفسية وحالات اضطرابها وأسباب هذه الاضطرابات، يرى فرويد مؤسس المدرسة التحليلية في علم النفس أن الفرد الذي يستطيع أن يحقق الصحة النفسية لذاته هو الشخص القادر على منح الحب والعمل المنتج عموماً(potepan, 1970, & Weiner pp. 108-109). وتمثل الصحة النفسية من وجهة نظر فرويد في القدرة على مواجهة القوى البيولوجية الغريزية والسيطرة في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي

كما تمثل في قدرة الأنا على التوافق بين مطالب ألهو والأنا (العناني 2005، ص11).

ويرى فرويد أن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلا في تحقيق جزئي لصحته النفسية ذلك لأنه في حالة صراع دائم بين محتويات ألهو و(الأنا) مطالب الواقع والصحة النفسية تتحقق عندما يحدث توازن بين المنظومات الثلاث للشخصية وهي: الهو " id " التي تعمل وفق مبدأ اللذة و الانا " Ego " التي تعمل وفق مبدأ الواقع والانا الاعلى Super Ego التي تعمل وفق مبدأ المثالي، وتضطرب عندما لا تتمكن الأنا من الموازنة بين الهو الغريزية والانا العليا المثالية (فرويد، 1982، ص45-51). وان الفرد الذي يستطيع ان يحقق الصحة النفسية لذاته هو الشخص القادر على منح الحب والعمل المنتج عموما.

ويرى فرويد أيضا ان عودة الخبرات المكبوتة التي حدث فيها تثبيت نتيجة اشباع زائد أو حرمان زائد والذي يحدث في إحدى مراحل النمو النفسي الجنسي يعلب دورا رئيسيا في تكوين الأمراض العصابية والانحرافات النفسية، حيث هناك علاقة بين الميول الفمية المكبوتة وبين هوس الاكتئاب، وكذلك بين الميول الشرجية وعصاب المراحل التي تمر بها الطاقة الغريزية، فإذا ما صادف الفرد ما يعوق نموه الجنسي في مرحلة أخرى سبب له ذلك صراعا أدى به إلى النكوص والتثبيت الى مرحلة ما من مراحل النمو السابقة للنضج الجنسي، ومن ثم إلى اضطراب صحته النفسية (الشرقاوي، 1983، ص 87-91).

وقد عارض "ادلر" هذه النظرة التشاؤمية "لفرويد". ورأى ان الإنسان يستطيع ان يتغلب على الشعور بالنقص ويحقق الصحة النفسية عن طريق: الميل الجماعي والعيش مع الآخرين والتنشئة الاجتماعية الصحيحة ووضع أهداف محددة والعمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات.

أما "اركسون" فيرى ان الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح، وأوضح "اركسون" ان تحقق صحة الفرد النفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية(العناني، 2000، ص16).

ويرى "يونك" ان الصحة النفسية تكمن في استمرار نمو الفرد الشخصي من غير توقف أو تعطيل، وأكد أهمية اكتشاف الذات الحقيقية، وأهمية التوازن في الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية، وان الصحة النفسية والتوافق السوي يتطلبان الموازنة بين الميول الانطوائية والميول الانبساطية، وتتطلب الصحة النفسية تكامل أربع عمليات هي الإحساس والإدراك والمشاعر والتفكير (poter. 1970. P. 109 & Winer). ويرى ان الأمراض العصابية عبارة عن محاولات غير ناجحة للتكيف مع الواقع.

المدرسة السلوكية

ترى هذه المدرسة ان السلوك متعلم من البيئة، وان عملية التعلم تحدث نتيجة وجود دافع و مثير واستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك). ولكي يقوى الربط بين المثير والاستجابة لا بد من وجو التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز فان ذلك يؤدي إلى إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة أي إضعاف التعلم، وتقرر هذه المدرسة ان الناس يقومون بسلوك سوي معين لانهم تعلموا ان يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة التعزيز. وان مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة.. بعيدة عن القلق والتوتر (العناني، 2000، ص 16). لذلك فان أفضل الأساليب العلاجية وصولا إلى الصحة النفسية هي تمارين الاسترخاء والتقليل التدريجي للحساسية (ازالة التحسس) والتعزيز الايجابي والتعزيز السلبي والتجاهل ولعب الدور (الفرخ، 1999، ص 19).

ويرى "سكنر ان اضطراب الصحة النفسية وظهور الأعراض العصابية او الذهانية ينشأ بسبب أخطاء في تاريخ التعلم الشرطي للفرد، إذ تسبب هذه الأخطاء ضعفا في نمو وتطور الاستجابة غير السليمة بسبب سيطرة التعزيزات غير الملائمة. و توصف تلك الاستجابات بانها سيئة أو مرضية أو عصابية، ويقول سكنر ان المهارات الاجتماعية والأنماط السلوكية المختلفة تنمو وتتطور بسبب التعزيز الموجب خلال عملية التنشئة الاجتماعية، وعندما لا تنمو وتتطور بسبب التعزيز غير الملائم فان الفرد يستجيب إلى المواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة غير سليمة (Perrin, 1970, pp. 404-410).

المدرسة الإنسانية

يعد المذهب الإنساني في علم النفس مذهباً حديثاً نسبياً في علم النفس وقد ظهر كرد فعل لمدرستي التحليل النفسي والمدرسة السلوكية، ويقوم هذا المذهب على رفض المسلمات التي تقوم عليها هاتين المدرستان، ولعل أهم مسلمات هذا المذهب هو أن الإنسان خير وهو كائن حي في نشاطه المستمر ونموه الدائم وأن الخبرة الحاضرة للفرد ذات أهمية بالغة وينبغي دراستها كما يدركها الفرد وليس كما يدركها الآخرون وأن الفهم السليم لنشاط الإنسان وسلوكه لا يتأتى إلا بدراسة الأصحاء وليس المرضى. وتبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، ويختلف الأفراد فيما يصلون أليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة وهكذا يختلفون في مستويات صحتهم النفسية (العناني 1997، ص23).

ويرى كل من "مازلو" و "روجز" ان مظاهر الصحة النفسية عند الفرد تكون في حريته على استبصار حل مشكلاته، وفي اختيار قيم تحدد إطاره في الحياة وتعطي معنى لحياته، وتركز هذه النظرية على الذات.(Self) فهناك الذات الايجابية المتوافقة مع العالم الخارجي، والذات السلبية المتمركزة حول

نفسها، وان الفرد الساعي لتحقيق ذاته والقادر على حل مشكلاته هو الذي يتمتع بالصحة النفسية (عبد الغفار، 1976، ص28).

النظرية الوجودية

اهتمت هذه النظرية بدراسة جوهر الفرد، وركزت بشكل مباشر على الخبرات الشخصية، وطرح نمطا أساسيا للأشخاص هو نمط الشخص الأصيل (Authentic) الذي يدرك في سلوكه تماما الافتراضات الوجودية المتعلقة بطبيعة الإنسان (Cartwright, 1974, p 58).

ومثل هذا الشخص قادر على تغيير العلاقات السببية ونتائجها عن طريق حرية الإرادة واختبار المعنى وخلق المعنى والهدف (صالح، 2000، ص28).

وتتضمن الصحة النفسية من وجه نظر أصحاب هذه النظرية القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات(العناني، 1997، ص18).

وأكد كل من "مي" و "لينج" و "فرانكل" على فردية الإنسان وقيمه وصراعه في سبيل الوصول إلى معنى لوجوده ورغبة في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يختاره بإرادة حرة، إذ تدفع الإنسان في حياته رغبة قوية للوصول إلى معنى وجوده، وهو دائما وابدأ مدفوع بإرادة إلى اكتشاف ذاته وممارسة حياته، كما يراها وكما يختارها وبهذه الإرادة يحقق الإنسان لنفسه الصحة النفسية ويعود من اغترابه بالتمسك بالقيم الروحية (عبد الغفار، 1976، ص18). والفرد المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على خلق حالة من الاتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود وهي، الوجود المحيط بالفرد، والوجود الخاص بالفرد، والوجود المشارك في العالم (الخولي، 1976، ص184).

والامراض النفسية أيضا نتاج لذلك فالمجتمع عند سماحة أو عدم سماحة بالتعبير عن أمزجة معينة فانه من خلال ذلك يعطي الشكل لاستياءاتنا وسخطنا،

لذا فان في كل مجتمع وفي كل حقبة زمنية يغذي فينا خصائصه العصابية ، لذا يقترح تغير مصطلح (عصاب Neuroses الى مصطلح Socioses)وسبب ذلك ان مصدر العصاب هو المجتمع بسياقه الحضاري، المجتمع الغربي اتجه في السنوات الاخيرة الى زيادة التعددية الوظيفية والتشظي Fragmentation والفردية مما ترتب عليه فقدان الروابط بين الفرد والمجتمع وبالتالي اعتلال صحته النفسية(صالح والطارق، 1998 ، ص219-220).

الفصل الثاني

الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي وإشباع الحاجات



- المقدمة
- العوامل المساعدة في إحداث التوافق لدى الفرد
- التوافق والتكيف
- تعريف التكيف بشكل عام
- التكيف في علم النفس
- التكيف النفسي
- التكيف الاجتماعي
- اثر المستوى الاجتماعي والثقافي على التكيف
- أثر القدرات العقلية على التكيف
- الفرق بين التكيف والتوافق
- العوامل المؤدية إلى سوء التكيف
- تصنيف اضطرابات سوء التوافق النفسي
- الحاجات والتوافق

2

الفصل الثاني

الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي وإشباع الحاجات

المقدمة

لا يمكن الحديث عن الصحة النفسية بدون الحديث عن التوافق وكأنهما وجهان لعملة واحدة، فقد أشارت الأدبيات النفسية وجود ارتباط وثيق بين الصحة النفسية وحالات التوافق، وهنا نقول ان الشخص الذي يحقق حاجته انه متوافق مع نفسه ومع بيئته أي انه يتمتع بصحة نفسية (الخالدي ،العلمي 2008 ص11). والحقيقة لقد شغل موضوع التوافق النفسي حيزاً كبيراً في الدراسات والبحوث لأهميته في حياة الناس، فالتوافق النفسي ليس مرادفا للصحة النفسية فحسب بل يعده الكثير بأنه الصحة النفسية بعينها (المغربي، 1992، ص6,8,9).

ويعد التوافق النفسي الهدف الرئيسي لجميع فروع علم النفس بصورة عامه ويعد أهم أهداف العملية الإرشادية والعلاج النفسي وياتي في أول أهداف الإرشاد النفسي. والتوافق من المفاهيم الأساسية في الصحة النفسية، حيث أن معظم سلوكيات الفرد الناجحة أو الفاشلة ما هي إلا محاولات للتوافق من أجل خفض ما يعانيه الفرد من توتر وقهر. وأن التوافق النفسي السليم يمهد للفرد لمبدأ السيطرة على ذاته واتسامه بالصبر والاعتدال الاجتماعي والمرونة وحسن التكيف للأشياء والأفراد في المجتمع الذي يعيش فيه ومحاولة ابتكار الحلول المناسبة للمشكلات الطارئة، وإذا لم يستطيع الفرد حل هذه المشكلات فأنه يكون في حالة صراع ناتجة عن عدم التكيف فيحدث أحد أمرين من السلوك: أما سلوك خارجي وهو بمثابة رد فعل خارجي على شكل عنف وعدوانيه على الممتلكات والآخرين، أو سلوك على شكل رد فعل داخلي(سلوك مرتد نحو الداخل) يظهر

على شكل اضطرابات نفسية (عصابية أو ذهانية)، أو على شكل اضطرابات جسمية فسيولوجية في المعدة والقولون وارتفاع ضغط الدم وتساقط العرق بغزاره وقد يحدث أحيانا عدم التركيز خاصة في مرحلة المراهقة على سبيل المثال(فليفل، 2003، ص25).

كثرت استخدامات مفهوم التوافق في أدبيات علم النفس التربوي، بحيث أصبح من أكثر المفاهيم شيوعا وتبيانا في فهمه وتفسيره إلى الحد الذي يعرفه (MUNN) بانه علم النفس بأسره، ويشير إلى أن علم النفس هو العلم الذي يهتم بالعمليات التوافقية العامة للكائن الحي ويدرسها. ويشير أحد المهتمين بدراسة التوافق إلى أن علم النفس هو علم دراسة التوافق (Adjustment).

ويشير (فهمي، 1967) إلى أن علم الصحة النفسية هو "علم التكييف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية.

يعرف التوافق كما يراه (روش Rush) بأن الشخص المتوافق هو الذي يسلك وفقا للأساليب الثقافية السائدة في مجتمعه. بينما يرى كل من وود ورث ودونالد Donald& Wood Warth أن الفرد يتوافق في علاقاته مع البيئة بأن يحدث تغييراً للأحسن، فالتكيف عملية دينامية مستمرة بين الفرد والبيئة.

ويظهر التوافق بشكل جلي وواضح من خلال مدى قدرة الفرد على إشباع حاجاته بالشكل الذي لا يتقاطع مع حدود اعتبارات القيم الأخلاقية والاجتماعية لكل مجتمع من المجتمعات. ولهذا نرى (سميثSmith) يعرف التوافق السوي بأنه اعتدال في الإشباع، إشباع عام لا إشباع لدافع واحد شديد على حساب دوافع أخرى، والشخص المتوافق توافقاً ضعيفا هو الشخص غير الواقعي والمحبط الذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين كما يميل إلى التضحية باهتماماته، أما الشخص حسن التوافق فهو الذي يستطيع أن يقابل العقبات والصراعات بطريقة بناءة تحقق له إشباع حاجاته ولا تضطره إلى اللجوء لأساليب غير مقبولة وفقا

لحضارته مثل العنف بكل أنواعه، فتوافق الفرد يعني كما يرى سميث توافر قدر من الرضا القائم على أساس واقعي كما يؤدي على المدى الطويل إلى التقليل من الإحباط والقلق والتوتر الذي قد يتعرض له بسبب اختلاف وجهات نظره مع الآخرين أو المقربين.

ويطرح "شوبين" فكرة مفهوم التوافق من خلال السلوك المتكامل، ذلك السلوك الذي يحقق للفرد أقصى حد من الاستغلال للإمكانيات الرمزية والاجتماعية التي ينفرد بها الإنسان ويضف "شوبين" يتميز الإنسان وينفرد أيضاً عن الحيوانات في قدرته الهائلة على استخدام الرموز في التفاهم وإقامة العلاقات فضلا عن اعتماده في مرحلة الطفولة على غيره وهذا يؤدي إلى بقائه وإشباع حاجاته، وفي مرحلة الرشد يتقبل المسؤولية ويشبع حاجات الآخرين، وهذا التوافق يتميز بالضبط الذاتي والتقدير للمسؤولية الشخصية والاجتماعية (أحمد، 1999، ص40).

إذا يمكن القول إن التوافق النفسي والاجتماعي يعد بحد ذاته هدفاً لسلوك الإنسان للحفاظ على ديمومة الحياة والتي تمثل سلسلة من التوافقات تتضح من خلال تفاعله مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها.

إن عملية التوافق هي عملية ديناميكية مستمرة لإشباع رغبات الفرد وذلك بإيجاد الطرائق المناسبة التي يحاول من خلالها تغيير سلوكه في سبيل تحقيق التوافق مع نفسه من جهة ومع البيئة من جهة أخرى تلك التي تشمل كل ما يحيط بالفرد من مؤثرات ليصل إلى حالة من الاستقرار النفسي والتوافق الاجتماعي. ولهذا السبب يعد التوافق (أو التكيف في بعض الأدبيات) على انه عملية ديناميه أي حتى يستطيع الفرد ان يعيش حياته بشكل طبيعي سواء في تفاعله مع الآخرين أو مع كل ما يحيط به من متغيرات البيئة التي يعيش فيها عليه ان يعدل أو يغير في أنماط سلوكه باستمرار وفقا للمرحلة العمرية للفرد ووفقا للبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، أي ان نمط السلوك الذي كان يعتمده في مرحلة الطفولة والذي

كان مناسبا لإشباع حاجاته بالشكل الذي لا يتقاطع مع المجتمع، ذلك النمط السلوك في مرحلة الطفولة لم يعد مناسبا في مرحلة المراهقة، وهكذا الحال مع نمط السلوك المناسب في مرحلة المراهقة يصبح غير مناسبا لإشباع الحاجات في مرحلة الرشد.

العوامل المساعدة في إحداث التوافق لدى الفرد:

إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية: ويقصد بالحاجات الأولية الحاجات العضوية أو الفسيولوجية، كالحاجة إلى الطعام والشراب والجنس والحاجة إلى الراحة ويعد إشباع هذه الحاجات أمراً ضرورياً، إذ بدون إشباعها يتعرض الفرد للهلاك.

أما الحاجات الشخصية – ويطلق عليها أحيانا الحاجات الاجتماعية النفسية – فأن إشباعها من العوامل المهمة لحدوث عملية التوافق. ومن أهم هذه الحاجات، الحاجة إلى النجاح، والاستقرار، والحرية، والأمان، واكتساب الخبرات الجديدة، وكذلك الحاجة إلى الانتماء، والاحترام والتقدير.

وإذا لم تشبع حاجات الفرد، عضوية كانت أو نفسية فإنها تخلق لديه توتراً يدفعه إلى محاولة إشباع هذه الحاجة وكلما طالت مدة حرمان الفرد زاد التوتر شدة، وينتهي الموقف عادةً حينما يستطيع المرء إشباع هذه الحاجة.

أما إذا لم تسمح الظروف البيئية والاجتماعية إشباع هذه الحاجات فإنه يحاول أن يجد أية وسيلة يشبع بها حاجاته. وقد تكون هذه الوسيلة غير سوية لا يقرها المجتمع ومن هنا فينحرف الفرد أو يجنح فتفشل بذلك عملية التوافق (فهمي، 1967: 25).

إن الأساس في التوافق يقوم على ركيزتين:

الأولى: أن يكون الشخص قادراً على توجيه حياته توجيهاً ناجحاً بحيث يشبع حاجاته المختلفة.

الثانية: أن يشبع الشخص حاجاته بطريقة لا تعوق إشباع الحاجات المشروعة للآخرين.

2. أن تتوافر لدى الفرد العادات والمهارات التي تيسر له إشباع حاجاته الملحة وإن هذه المهارات والعادات تتكون في المراحل المبكرة في حياة الفرد. لذا فإننا نجد أن التوافق هو في الواقع محصلة لما مر به الفرد من خبرات وتجارب أثرت في تعلمه للطرائق المختلفة التي يشبع بها حاجاته ويتعامل بها مع غيره من الناس في مجال الحياة الاجتماعية .

3. أن يعرف الإنسان نفسه: إذ أن معرفة الإنسان لنفسه تعد شرطا أساسياً من شروط التوافق الجيد وربما كان ذلك هو السبب الذي دفع الفيلسوف "سقراط" إلى أن يتخذ هذه العبارة"اعرف نفسَكَ بنفسِك" التي كان يحاول بها أن يخلق الإنسان الفاضل المتوافق (فهمي، 1967: 25-27).

إن الحياة توافق، والتوافق عبارة عن تعديل لفعاليات الفرد بحيث يناسب الظروف المتنوعة للحياة، ولهذا السبب يعد التوافق النفسي من العوامل المهمة المؤثرة في شخصية الفرد عموماً وبخاصةً في الجوانب العقلية والمعرفية، فقد أشارت احد الدراسات التي أجريت على طلبة المرحلة الثانوية إلى وجود علاقة إيجابية بين القدرة العقلية العامة وجوانب التوافق الشخصي والاجتماعي. وهذا يدل أن التفكير هو الأساس في الصحة النفسية والتوافق النفسي ومقوماً أساسياً من مقومات تكوين الشخصية السوية. وإن أي خلل في أفكار الفرد تؤدي إلى سوء توافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه.

وتتضح أهمية التوافق كذلك من خلال ارتباطه بمتغير الصحة النفسية (*Mental Health*) ارتباطاً وثيقاً، إذ يعد مفهوم التوافق من المفاهيم المركزية في مجال الصحة النفسية.

إن أغلب تعريفات الصحة النفسية تشير إلى توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه توافقاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكليهما والتمتع بحياة

خالية من التأزم أو الاضطراب وهذا يعني أن الفرد راضٍ عن نفسه ومتقبل لذاته وللآخرين(العلي بك، 2004، ص6-8).

التوافق والتكيف

ومفهوم التوافق مستمد من علم الأحياء (البيولوجي) الذي يعد التكيف(Adaptation) من المفاهيم الأساسية في نظرية دارون (1859) المعروفة بنظرية النشوء والارتقاء (Darwin's Theory of Evaluation).

حيث تشير إلى أن الكائنات الحية القادرة على التكيف والمواءمة لمواجهة أخطار العالم الطبيعية هي الكائنات التي تبقى. وقد عبر عن هذه الفكرة دارون بما سماه (بالانتخاب الطبيعي) أو البقاء للأصلح(العلي بك، 2004، ص26-28)، وقد ظل هذا المفهوم موضوع عناية البيولوجيين ولازال بينهم من يذهب إلى أن كثيرا من الأمراض التي تظهر عند الإنسان أو الحيوان تنجم عن الصراع بين العضوية والشروط الطبيعية المحيطة بنا صراعا يتوخى الوصول إلى التلاؤم.

فالتكيف يحدث من خلال حدوث تغيرات على المستوى البيولوجي، مثال على ذلك كلما حدث تغيرات في البيئة حتى يستطيع الحيوان أو الإنسان ان تستمر حياته لابد من حدوث تغيرات بيولوجية تواكب ما يحدث من تغيرات في البيئة، والحيوان الذي لا تحدث له هذه التغيرات لا يستطيع الاستمرار على قيد الحياة ومصيره الهلاك (الانقراض). مثال على ذلك حيوان الديناصور وحيوان الماموث-(يشبه حيوان الفيل لكنه أضخم منه بكثير، وجدت بعض من هيكله العظمي في سبريا)- كذلك نرى ان الإنسان تحدث له التغيرات البيولوجية كذلك، مثال على ذلك نرى ان انف الإنسان في المناطق الباردة يكون طويلا وضيقا، وسبب ذلك ان الهواء في المناطق الباردة يكون باردا وذلك يطلب وجود انف طويل يعمل على تدفئة الهواء البارد في تلك المناطق قبل وصوله للرئتين. ولهذا السبب نرى سكان الدول الباردة الأوربية الدول الإسكندنافية يعانون من كثرة التهاب القصبات الهوائية. بينما في الدول ذات المناخ الحار يكون شكل الأنف ذو

منخرين واسعين وقصير وسبب ذلك ان الأوكسجين يكون قليل الكثافة مما تطلب وجود منخرين كبيرين للمساعدة في شفط كمية كافية من الأوكسجين لغرض التنفس المريح. وفي نفس الوقت ما دام الهواء حار فلا توجد حاجة لأنف طويل. بينما التوافق النفسي فهو متعلق بالتغيرات التي تحدث في السلوك وليس ما حدث من تغيرات في الجانب البيولوجي، لكن مع ذلك لهذه الاستعارة ما يبررها، فالبعض يربط التوافق بعملية خفض التوتر والتخلص من القلق بخلاف التكيف الذي يدل على أنواع السلوك الصادرة من الفرد لمواجهة المواقف المتجددة في حياته (وكأن التكيف مرتبط بالمواقف الجديدة)، ولهذا يرى التوافق أهم من التكيف لأنه يمثل عملية متكاملة تنطوي على القدرة على الإشباع المنظم لحاجات الفرد وهذا يتضمن تفاعلاً متصلاً بين الفرد والبيئة بما يحمله هذا التفاعل من تأثير وتأثر، أما التكيف فقد يحققه الفرد حينما يرضخ ويتقبل الظروف التي تفوق قدرته، وأحياناً حينما ترضخ البيئة لأنواع النشاط الشخصي على أن التكيف يكون بالتوافق بين هذين الأمرين وسوء التكيف فأنه إخفاق في الوصول إلى التوافق) ولهذا يرى البعض أن التوافق مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته من إشباع وإحباطات وصولاً إلى الصحة النفسية أو السواء أو الانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخرين في الأسرة والعمل وفي التنظيمات التي ينخرط فيها ولذلك كان مفهوماً إنسانيا.

ومن البديهي أن ينصب اهتمام علماء النفس على الجانب النفسي والاجتماعي للفرد أكثر مما ينصب على البعد الطبيعي والبيولوجي، لذا استعار علماء النفس المفهوم العضوي للتكيف (Adaptation) واستعاضوا عنه بمفهوم التوافق(Adjustment) (العلي بك، 2004، ص26-28).

تعريف التكيف بشكل عام

يعرف التكيف بأنه عملية متحركة ومستمرة يحاول الفرد بها مواجهة العوامل الطبيعية المحيطة به ليقوى على متابعة الحياة والحيلولة دون فنائه بحيث

تنشا لديه الخصائص التي تجعله أكثر استعدادا للتلاؤم مع شروط البيئة المحيطة وبالتالي تغير السلوك لإحداث علاقة أكثر توافقية بينه وبين البيئة(غباري، شعيرة، 2010م- ص 20.19)

التكيف في علم النفس

التكيف النفسي

يعد التكيف النفسي من أهم عوامل اتزان الشخصية وتمتعها بالصحة النفسية فالناس في العادة يتعرضون لضغوطات وصراعات داخلية وخارجية، وعليهم مواجهة الرغبات والدوافع الشخصية المتعارضة من أجل استمرار التوازن النفسي لديهم. ويرى بعض الباحثين أن الصحة النفسية هي التعبير عن التكيف، وإن التكيف دليل الصحة النفسية فإذا ساءت استاءت بدورها، وإذا تحسن تحسنت تلك الصحة النفسية(غيث، 2006، ص102).

التكيف الاجتماعي

يعرف التكيف الاجتماعي بأنه العملية التي تنطوي على إحداث ما ينبغي من تغيرات في الشخصية، أو البيئة، أو فيهما معاً. بقصد تحقيق الانسجام في العلاقة بينهما ولقد عرفنا بأن الإنسان مخلوق اجتماعي بطبيعته ولديه ميل اجتماعي نحو الآخرين والعيش معهم مثلما أشار إليه أدلر عيش الإنسان في جماعات لها قيمها وقواعدها وظروفها الاقتصادية والاجتماعية يفرض التعامل مع مثل هذه القضايا وتقبلها، لننظر مثلاً إلى اول الجماعات التي ينتمي لها الفرد وهي الأسرة(غيث، 2006 ، ص 103).

اثر المستوى الاجتماعي والثقافي على التكيف

يغلب في المجتمعات الديمقراطية وجود فئات اجتماعية وثقافية وذلك من شروط الماضي وثقافة الحاضر والدخل القومي ونوع المهنة، والهجرات بين البلدان

المختلفة ...الخ فإذا أخذنا الفئات أو الطبقات الاجتماعية كم هي موجودة في واقع بعض المجتمعات. فأننا نجد أن انتماء الفرد إلى فئة أو طبقة يجر معه الأخذ بعدد من المظاهر السلوكية الغالبة فيها، والتقيد بمجموعة من القيم وأنماط السلوك التي تسودها وقد يكون هذا الوضع نفسه عاملا في سوء التكيف لدى الفرد حين يجتمع مع أفراد فئة أو حين يسعى إلى الخروج من طبقة إلى أخرى دون ان يكون لديه الشروط الكافية واللازمة لذلك(الخالدي، 2009، ص 115).

أثر القدرات العقلية على التكيف

إن التفاوت بين المناهج وموضوعاته في المدارس ووسائله من جهة، وقدرات التلميذ من جهة أخرى ميدان واسع لعدد من حالات سوء التكيف فالإحباط الذي يحدث لدى التلميذ بعد مجابهته بمهمات تعليمية تفوق في صعوبتها مستوى قدراته أمر مؤلم ومن المحتمل فيه ان يكون مصدرا لإشكال أخرى من سوء التكيف يكون من بينها العدوان والانعزال والعادات الاجتماعية الغير المناسبة(الخالدي، 2009، ص117).

العوامل المؤدية إلى سوء التكيف

ان التطور السريع والمتغير في المجتمع قد ألقى على المجتمعات وخاصة النامية العديد من الأدوار مطلوب من الفرد الذي يعيش في هذه المجتمعات ان يتمتع بالصحة النفسية لكي يستطيع ان يسهم بصورة فعالة في نمو المجتمع العالمي وتطويره ولاسيما ان هذه الفترة التي يعيشها المجتمع تختلف عن الفترات السابقة بما يتميز به من قلق واضطراب وتوتر، ووصول الفرد إلى الاستقرار والراحة يواجه الكثير من الصعوبات نتيجة للمشكلات والعقبات التي تواجه الأفراد. إذا يمكن القول ان سوء التوافق بصفته سلوكا غير طبيعيا لا يختلف كثيرا عن غيره من أنواع سلوك الإنسان. وبنفس الوقت لا يمكن تحديد سبب

واحد بل يمكن ان يكون نتيجة نهائية للعديد من الأسباب المتعددة المتداخلة، وهي على النحو الآتي:

عوامل وراثية وجسمية

حيث أن للوراثة أثرها في سلوك الفرد ذلك أن بعض الاضطرابات الوراثية المرتبطة ببعض الإعاقات العقلية أو الجسمية تكون سبباً في سوء التوافق حتى وأن كانت الإعاقة لأسباب خارجه عن نطاق الوراثة، لان النقص الجسمي ووجود العاهات يؤدي بالنتيجة إلى نقص وسوء التوافق علماً بأن شدة العاهة تتناسب طردياً مع سوء التوافق.

عوامل بيئية واجتماعية

أن للفرد حاجات لابد من إشباعها وأن إشباعها يجب أن تكون في أجواء اجتماعية سليمة ومقبولة وأن افتقاد مثل هذه الأجواء والتي تتمثل بسوء العلاقات الأسرية والاجتماعية وظروف الاقتصاد المتقلبة كلها تمثل عوامل لسوء التوافق.

عوامل نفسية

توجد العديد من العوامل النفسية التي تزيد من حدة سوء التوافق للفرد والمتمثلة بالانفعالات الشديدة والتي لا تتناسب مع المواقف التي تواجه الفرد، حيث يكون لهذه الانفعالات الغير متوازنة أثرها السيئ في أحداث سوء التوافق فضلا عن أثرها السيئ من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية.

وهناك من العوامل الأخرى التي تدخل في سوء التوافق والتي تتمثل في عدم فهم الفرد لذاته أو التقدير السالب للذات (الشعور بالدونية) والذي يؤدي إلى عدم قدرة الفرد للتعرف على إمكاناته وطاقاته والذي ينعكس سلباً على تحديد الأهداف والفشل في تحقيقها، حيث مثل هذه الأمور تضاعف من سوء التوافق لدى الفرد وتعرضه إلى المزيد من الاضطرابات. أن طبيعة استجابات الفرد إزاء الضغوط النفسية التي يتعرض إليها تتوقف على جملة من العوامل منها، طبيعة

الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد، وبنائه الشخصي، وحالاته المزاجية، وعمره الزمني، وصحته الجسمية وكذلك الجنس(ذكر، أنثى). أما بالنسبة إلى ماهية الأحاسيس والمشاعر التي ترافق سوء التوافق النفسي، فأنها تختلف من حيث درجتها وحدتها ومن حيث تباين خبرات الأفراد الذين يتعرضون إليها. عندما يقترن سوء التوافق مع القلق فأن الفرد ينتابه الشعور بالخوف بحيث نراه عصبياً طوال الوقت أو معظمه. أما أذا أقترن سوء التوافق بالاكتئاب، فأن الانفعالات المرافقة تكون أكثر حدة وتظهر على الفرد أعراض تتمثل بالحزن، البكاء، فقدان الآمل، الإحساس بالعجز أمام المشكلات التي تواجهه والإحساس باليأس (كون، 1977، ص74,93).

وأيضا يمكن ان تعزى بعض أسباب سوء التوافق إلى عوامل خارجية ليس للفرد القدرة في التحكم بها بل يجد نفسه مرغما متأثرا بها، ومن هذه العوامل:

سيطرة الجانب العادي في الوقت الحاضر عكس ما كان سائدا فيما مضى من دور فاعل للقيم الإنسانية والدينية وهذا مما جعل الإنسان يشعر بالقلق والعزلة وقلة التعاون والألفة والانسجام بين الناس وتأثرت العلاقات الإنسانية والروابط الأسرية سلبا مما أدى إلى انعكاس ذلك على الناس وحياتهم.

انعدام فرص العمل وكذلك الظروف التي يعيشها الأفراد في العمل وكذلك قيام الأفراد بأعمال لا تتناسب مع اتجاهاتهم وقدراتهم ما يكون له نتائج سيئة في توافقهم مع تلك الأعمال.

التطور السكاني لقد أدى ازدياد السكان في العالم بصورة سريعة وخاصة في الدول النامية وبالتالي حدوث المشاكل الاقتصادية والسياسية التي تؤثر على استقرار الإنسان في هذه البلدان لعدم قدرة الأفراد في هذه المجتمعات على التكيف مع الواقع الجديد وهذا مما يترك أثراً سيئاً على نفسية الفرد وجعله يشعر بالقلق والتوتر مما يمهد لنشؤ الأمراض النفسية.

تعقد الحياة الاجتماعية بسبب التطور السريع والتقدم التكنولوجي مما أثر بشكل سلبي على حياة الأفراد والمجتمعات في مختلف مجالات الحياة وبالتالي أدى ذلك إلى تعقد العلاقات الاجتماعية وتفكك المجتمعات (الحياني وصبري2011، ص60,65).

إذا توجد حاجات، وهذه الحاجات تروم الإشباع بل تلح للإشباع، وفي نفس الوقت توجد في كل مجتمع وبغض النظر سواء كان مجتمعا متحضرا أو غير متحضر سلم قيمي يحكم الأفراد في ذلك المجتمع بواسطة العادات والتقاليد والمثل والأعراف، فهنا نتيجة طبيعية ستتولد حالة صراع بين الحاجة التي تلح على الإشباع وتلك القيم. هنا كيف سيتعامل الفرد مع كل ذلك بواسطة إظهار السلوك المناسب؟ والصراع في الوقت الحاضر أكبر وأعمق وسرع لان من أهم سمات العصر الحالي التغيرات والتحولات السريعة التي تحدث في الحياة اليومية.

الفرق بين التكيف والتوافق

يوجد تداخل بين مفهومي التكيف والتوافق حيث حدد كاتل(Catell) معنى كل منهما فالتكيف عنده يستخدم بمعنى اجتماعي أي (انسجام الفرد مع عالمه المحيط به). أما التوافق فيشير إلى العمليات النفسية البنائية أي التحرر من الضغوط والصراعات النفسية وانسجام البناء الديناميكي المستمر للفرد.

وقد أكد داؤد (1988) على شيوع الخلط بين المفهومين، التوافق والتكيف وأشار إلى أن الأول خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومشكلاته... وصولا إلى ما يسمى بالصحة النفسية أو السواء أو الانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخرين في الأسرة والعمل والتنظيمات التي ينخرط بها. أما المفهوم الثاني فيشمل تكيف الكائن الحي على نحو عام (الإنسان والحيوان والنبات) إزاء البيئة التي يعيش فيها ، فقد تحدث تحويرات في كيان الكائن الحي ليواجه مشكلات وصعوبات مفروضة عليه من البيئة.

والتوافق مفهوم إنساني (Humanistic) فإذا عجز الكائن عن التوافق مع البيئة تماما وعانى من عدم التوافق (Non–Adjustment) فقد يكون في ذلك هلاك الكائن. ولكن الأغلب هو أن يحقق الفرد توافقا سويا أو على الأقل تحقيق شيء من التوافق ولو كان فاشلا وغير سوي.

ومن خلال ما تم عرضه يمكن أن نستنتج عدد من النقاط التي تبين الفرق بين مفهومي التوافق والتكيف وهي:

أن التكيف (Adaptation) مفهوم أشمل وأعم من مفهوم التوافق (Adjustment) إذ يشمل علاقة كل من الإنسان والحيوان والنبات مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة به. أما التوافق فيقتصر على التفاعل بين إنسان وآخر فقط أي هو التفاعل بين أفراد المجتمع الإنساني فقط.

إن التوافق مسألة نسبية تختلف باختلاف قدرات الإنسان والثقافة التي يعيش فيها وكذلك باختلاف الزمان والمكان.

إن التوافق حصيلة لجهود الإنسان تتضمن خبرته الماضية والحاضرة والتي تنطلق بإصرار نحو المستقبل.

كل إنسان متوافق هو بالضرورة متكيف في الموقف الذي حصل فيه التوافق، ولكن ليس كل إنسان متكيفا متوافقا ما لم يتضمن التكيف إشباعا لحاجاته وإرضاء للموقف الذي تكيف له. فقد نجد إنسانا متكيفا ولكن في الوقت نفسه هو غير متوافق، لان تكيفه لم يصاحبه رضا للموقف الذي تكيف له.

إن التوافق يكون متدرجا ومتصلا (Continue) فلا يوجد توافق تام أو سوء توافق تام. وان التوافق يرتبط ارتباطا وثيقا بإشباع الحاجات وإرضاء الدوافع وتحقيق التوازن وإزالة الإحباط.

إن التكيف يتضمن المسايرة والمسالمة للظروف وينكر دور الإنسان في تغيير بيئته وهذه النظرة تلغي الفروق بين الأفراد.

إذن التوافق هو ثمرة التكيف، وسوء التوافق هو فشل أو دعم قدرته على ملائمة ما هو نفسي بما هو اجتماعي وإنه عدم القدرة على تخطي عقبات البيئة والتغلب على صعوبات المواقف (العلي بك، 2004، ص 29-31).

تصنيف اضطرابات سوء التوافق النفسي

يمكن ان نصنف هذه الاضطرابات على النحو الآتي:

اضطراب التوافق النفسي بالمزاج المكتئب، حيث تبدو على الفرد هنا أعراض كآبة بسيطة.

اضطراب بالمزاج المتلهف المهموم، حيث تبدو على الفرد هنا أعرض قلق مهيجه وواضحة.

اضطراب بالقلق المختلط مع المزاج المكتئب، حيث تبدو على الفرد هنا أعراض مزدوجة من الكآبة والقلق.

اضطراب التصرف، حيث تبدو على الفرد هنا أعراض متضاربة من السلوك بين المعايير الاجتماعية والمحددات الحضارية وبين انتهاك حقوق الآخرين.

اضطراب التوافق النفسي المختلط من العواطف والتصرف، حيث تبدو الأعراض هنا على الفرد على شكل خصائص عاطفية وسلوكية مشتركة بالميزات العاطفية المختلطة وباضطراب التصرف وهذا مما يؤدي إلى تذبذب سلوكه بين هذا وذاك.

اضطراب التوافق النفسي الغير محددة عادة، حيث يكون هذا النوع من الاضطراب مجهول الهوية ولا يمكن درجةُ تحت أي من المسميات أعلاه، ولكنه يحدث في أغلب الأحيان رد فعل للإجهاد والضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية.

الحاجات والتوافق

تصنيف مازلو للحاجات Maslow

يعد إبراهام مازلو أبرز من تحدث عن الحاجات النفسية وأهمية إشباعها في أحداث التوافق. حيث طرح أفكاره حول نظريته الخاصة بالتدريج الهرمي للمرة الأولى عام(1943) تحت عنوان نظرية في الدوافع الشخصي (Personality and Motivation) (الحنفي، 1978، ص 21) والذي وضح فيه الخطوط الأساسية لنظريته. أن هذه الحاجات تتكون من سبعة مستويات تتدرج بشكل هرمي، تشكل الحاجات الفسيولوجية قاعدة الهرم، وتتدرج بقية الحاجات بالارتفاع حتى تصل إلى قمة الهرم، حيث توجد حاجة الإنسان لتحقيق الذات، وترتيب هذه الحاجات في الهرم يعكس الاهمية النسبية للحاجة بالنسبة للفرد. والمخطط (1) يوضح ذلك.

مخطط (1)

التنظيم الهرمي للحاجات الذي وضعه ابراهام مازلو



وهذه الحاجات تثير سلوك كل فرد وتوجهه، وان السلوك الذي يستخدمه الفرد لإشباع الحاجات هو سلوك متعلم يتغير من فرد إلى آخر في نمط التعبير هنه، ويرى مازلو أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته حسب أولويتها ابتداء من الحاجات العضوية كالجوع والعطش الى الحاجات النفسية والاجتماعية مثل حاجة الأمن، ثم الحاجة إلى الانتماء والحب وحاجات الاعتراف، والتقدير وحاجات تقدير الذات، ثم الحاجات المعرفية وأخيرا الحاجة الجمالية.

أما سوء التوافق يحدث نتيجة عدم إشباع أي حاجة في سلم الحاجات مما يؤدي إلى توقف تطور الشخصية عند مستوى تلك الحاجة فضلا عن حدوث اضطرابات نفسية وسلوكية مختلفة مما يؤدي إلى عدم الوصول إلى تحقيق الذات ومن ثم يؤدي ذلك إلى سوء التوافق (العلي بك، 2004، ص 37-38). علما ان الحاجات الثلاث الاولى في قاعدة الهرم تسمى الحاجات الحرمانية لان الحرمان من اشباعها يترتب عليه الاصابة بالعصاب النفسي حيث تكون طاغية في نمط سلوك الفرد، والحاجات الاخرى التي تليها تسمى بالحاجات النمائية والتي يهدف الفرد من خلالها اقصى نمو.

الفصل الثالث

السلوك السوي والسلوك الشاذ



معنى السلوك السوي

مفهوم السلوك غير السوي

معايير السواء واللاسواء: (مستويات الشذوذ وسوء التكيف)

- المحك الذاتي Subjective Criterion
- المعيار المثالي Idealistic Criterion
- المحك الإحصائي Statistical Criterion
- المحك الاجتماعي الحضاري Criterion Cultural &Social
- المحك الباثولوجي أو الطبي Pathological Criterion
- محك المواءمة بين الفرد ومصلحة الجماعة
- محك الطابع الإجرائي
- المحك الطبي النفسي
- المعيار الطبيعي

الحد الفاصل بين السواء واللاسواء

3

الفصل الثالث

السلوك السوي والسلوك الشاذ

معنى السلوك السوي:

يظهر السلوك السوي في حياتنا اليومية على شكل السلوك (العادي) أو (المألوف) أو(المعتدل) الغالب على الناس، انه السلوك الذي يظهره الفرد وفقا لطبيعة الموقف، فإذا كان الموقف يدعوا إلى الحزن اظهرنا انفعال الحزن، وحين يظهر احدنا الضحك بدل الحزن في مثل هذا الموقف نستغرب ذلك، فإذا تكرر ذلك زدنا في الاستغراب واعتبرنا العمل (عيباً) و(شذوذاً) هذا هو ابسط توضيح في تحديد السلوك السوي.

ومن التعريفات الأخرى للسلوك السوي: هو القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها.

والسلوك السوي هو السلوك العادي أي المألوف والغالب على حياة غالبية الناس، والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً (زهران، 1993 ص34).

مفهوم السلوك غير السوي:

اللاسواء (السلوك غير الطبيعي وغير المقبول وفقا لطبيعة المجتمع الذي ينتمي اليه ذلك الفرد) هو الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي. واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه. والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف

سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

ومن المفاهيم الأخرى للسلوك الشاذ هو تارة ما يخالف السواء، تارة أخرى يعني الاضطراب النفسي، وهو أحيانا يعني السلوك الغير مألوف او السلوك المتطرف(زهران، 1993 ص35).

معايير السواء واللاسواء: (مستويات الشذوذ وسوء التكيف)

درس الباحثون الانحرافات في الصحة النفسية بمسميات كثيرة مثل: الشذوذ، والاضطراب، والمرض، واللاسواء، وغير العاديAbnormal . ومع اختلاف الباحثين حول مسميات الانحراف، فانهم متفقون على انها سلوكيات سيئة مذمومة ولا يقبلها عقل، ولا يقرها قانون ولا يوافقها عرف لانها تؤذي فاعلها وتعوق نموه وتفسد علاقاته بغيره وتشعره بالتوتر والقلق والشقاء.

تكاد تكون الانحرافات موجودة عند الكثير من الناس ولكن بدرجات متفاوتة. وعن الارتباط بالصحة النفسية سلبياً أو متلازماً معها تلازماً عكسياً فكلما زادت الانحرافات وهنت النفس او نقصت صحتها، كلما قلت الانحرافات صحت النفس وقل وهنها، ولذا كان من الضروري الوقوف على مستويات الانحراف.

وعند استخدام مصطلحات سوء التكيف والشذوذ يمكن إيجاد الفروق التالية بينهما:

يشمل مصطلح سوء التكيف الاضطرابات النفسية البسيطة والشديدة أما مصطلح الشذوذ فيغلب استخدامه عند تناول الحديث عن الاضطرابات النفسية الشديدة.

تستخدم عبارة سوء التكيف للدلالة على الاضطراب الناشئ عن ظروف الحياة اليومية والاجتماعية، بينما يطلق مصطلح الشذوذ على الاضطراب النفسي ذي الجذور الفسيولوجية الواضحة.

تشير عبارة سوء التكيف إلى التركيز على التفاعل بين الفرد ومحيطه واثر كل منهما على الآخر، أما إذا كان التركيز على الانحراف وأخطاءه والنظر إليه بوصفه مرضاً نفسياً فنميل هنا إلى استعمال مصطلح الشذوذ.

تمثل الدراسات النفسية والتربوية التي تهتم بالوقاية والمعالجة النفيسة التربوية للاضطرابات إلى استخدام سوء التكيف أكثر من ميلها إلى استخدام عبارة الشذوذ النفسي (الخالدي، 2009 ص40).

يرتبط مفهوم الصحة النفسية كحالة لمظاهر سلوك الفرد وشخصيته هل هي اعتيادية أم غير اعتيادية (مضطربة)؟ وقد اقترح العلماء عددا من المحكات المختلفة لتقرير ما هو عادي أو صحي(سويNormal) من السلوك، وما هو غير عادي أو مرضي وقد غلب على بعض هذه المحكات الطابع النظري ومنها ما يأتي:

1. **المحك الذاتي** Subjective Criterion

حيث يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي والغير سوي. يعتمد الفرد في هذا المحك مجموعة من الأحكام أو المعايير (عدة قيم ومبادئ، اتجاهات) تكون بمثابة إطار مرجعي يحكم من خلاله على السلوك، فالذي يتفق مع هذا الإطار يعد عاديا وما لا يتفق معه يعد شاذا وغير عادي.

2. **المعيار المثالي** Idealistic Criterion:

وفي ضوء هذا المعيار ينظر إلى الشخص السوي المتمتع بالصحة النفسية هو الكامل أو المثالي (والكمال لله وحده سبحانه وتعالى) او ما يقرب منه في كل

شيء. وان الشخص غير العادي أو الشاذ هو من ينحرف عن الكمال أو المثل العليا. أي ان الصحة النفسية يتم النظر إليها على وفق هذا المعيار على أساس أنها هدف مثالي يسعى الجميع إلى تحقيقه ولكن من الناحية العملية لا يمكن ذلك، كونه بعيد المنال(الانصاري، 2007 ص36).

وان كل فرد يعمل على تحقيقه بشكل نسبي أن قوة الأبصار السوية ليست المتوسطة بل المتكاملة لذلك فأن المحللون النفسانيون يقولون أنه ليست هنالك شخصية سوية (خالية من الاضطرابات النفسية والعقلية) وأن هذا المعيار قد لا يكون له أي وجود على الإطلاق من الناحية الإحصائية في نواحي الجمال والقوة والذكاء. أن وجهة النظر المثالية تعطي للسواء معنى أكثر وضوحاً ودقة وهو مدى اقتراب الشخص من الكمال بالنسبة للسمة أو الخاصية المعينة ومدى بعده عن الضعف أو الخلل بالنسبة لهذه السمة أو تلك الخاصية. فمثلا" قد نختار للعمل المعين أكفأ الناس للقيام به قبل ان نختار متوسط الكفاءة كما اننا نصف الشخص بانه سوي الإبصار إذا كان إبصاره قويا" وليس إبصاره متوسطا" وهكذا. ومما يلاحظ على هذا المعيار أنه على الرغم من مثاليته الظاهرية إلا أنه يعد معياراً نسبياً أيضا، إذ يمكن القول بأن ما يعد مثالياً في مجتمع ما قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر(القذافي، 1998، ص51).

3.**المحك الإحصائي** Statistical Criterion

يشير هذا المعيار على أن الشخص السوي هو من لا ينحرف كثيراً عن المتوسط. إذ إن توزيع الصفات والسمات البشرية والسلوكية على وفق المنحنى التكراري أو الطبيعي (ألجرسي) بحيث يكون فيه الفرد في فئة المتوسط الذي يمثل مجموعة كبيرة من الأفراد وبنسبة(26-68٪) هو الذي يمثل مجموعة كبيرة من الناس وفق المنحني ألاعتدالي (الطبيعي)، فالشخص الذي يتشابه مع أعضاء غالبية المجموعة في السلوك المعين أو الصفة المعينة يعد في هذه الحالة سوياً أو طبيعياً مثال ذلك الطالب الجامعي الذي يعاني من القلق مع كثير من الطلبة لأداء

الامتحان أو أي عمل مكلف به أما إذا كان الطالب يزيد قلقه عن المعتاد أو لا يشعر بالقلق على الإطلاق فيعد في هذه الحالة غير سوي، أما إذا زادت هذه النسبة بشكل نسبي أو انخفضت أو تلاشت فأن ذلك قد يشير على حالة من الحالات التي تدل على عدم السواء. ويتميز هذا المعيار على أنه يراعي ما بين ضروب الانحراف في تدرج فيميز بين الحالات الخفيفة والمتوسطة والعنيفة في سوء التوافق(العاني، 2000، ص32). ويعد المحك الإحصائي أن الفرد غير السوي او غير العادي هو الذي يشذ او ينحرف عن المتوسط او المنوال او الشائع وتكون بمقدار معيارين أو أكثر سواء كان سلبيا أو ايجابيا في خاصية أو مظهر ما. فعلى سبيل المثال هذا المعيار يكون فيه ذو الذكاء العالي والجمال الخارق والموهوبون كونهم يمثلوا أيضا" حالة شاذة في الإبداع والتفوق كونهم يبتعدون عن المتوسط العام للمجتمع أيضا" من ضمن الشواذ. وهذه تعد واحدة من اكبر سلبيات هذا المعيار.

4. **المحك الاجتماعي الحضاري** Criterion Cultural &Social

يشير هذا المعيار على أن الشخص السوي هو الذي يتوافق مع المجتمع أي من يستطيع أن يجاري ويمتثل للقوانين والقيم والمعايير الاجتماعية. لأن المجتمع يشكل بقسوة معاييره الثابتة ولا يرحم أي انحراف عنها، ولكن الانحرافات الأساسية التي تخلف الاضطرابات والفوضى في الفرد ومن حوله تعد دليلاً على شخصيته شاذة أو غير سوية، فمثلا" كثيرا" ما يبدو سلوك القروي شاذا" وسط المدينة. لذلك قد ينطبق المثل الشهير (إذا كنت في روما فأعمل كما يعمل الرومانيون (in Roma do as Romans do you was If. وقد واجه هذا المعيار العديد من الانتقادات، منها أنه يرى السواء في الامتثال التام لقوانين المجتمع وقيمه حتى لو كانت غير صالحة وفاسدة تتطلب من الفرد العمل على اصلاحها وتغييرها بدلاً من التكيف لها. تختلف من حضارة إلى أخرى ومن زمن إلى آخر (هلال، 2003 ص8). ويعتمد هذا المحك على تحديد السوي وغير السوي على

الالتزام بمعايير المجتمع وأعرافه، إذ يتخذ من مسايرة الفرد للمعايير الاجتماعية أساسا للتحكم على سلوكه بالسوية أو اللاسوية، فالسوي هو المتوافق اجتماعيا، واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعيا. ولكن لهذا المعيار مجموعة من المساوئ والعيوب منها:

انه يرى السواء من الامتثال التام لقوانين المجتمع وقيمه حتى ولو كانت غير صالحة وفاسدة تتطلب من الفرد العمل على إصلاحها وتغييرها بدلا" من التكيف لها.

يختلف من حضارة إلى أخرى. مثال ذلك القيم والعادات في الزواج لبعض القبائل، وأد البنات في الجاهلية، او الانتحار في الحضارات الغربية كونها دليل على اضطراب عقلي او نفسي في حين انه ظاهرة سوية في اليابان. وكذلك الحال (جنون التوهم) أي توهم العظمة او الاضطهاد تعد سلوكا" سويا لا انحراف عند الهنود الحمر في بعض قبائلهم.

5. المحك الباثولوجي أو الطبي Pathological Criterion

إن السلوك الغير السوي أو الحالة الغير اعتيادية من وجهة النظر الباثولوجية هي التي تتسم بأعراض إكلينيكية (سريرية) معينة كالمخاوف الشاذة التي لا أساس لها والوسواس والأفكار التسلطية وارتفاع مستوى القلق عند المصابين والهلاوس والهذاءات واضطراب اللغة والتفكير والاضطراب الوجداني والانسحاب الاجتماعي والانفعالات والنزاعات الإجرامية والانحرافات الجنسية عند الشخصية السايكوباثية. ويشير هذا المعيار إلى أن الصحة النفسية تعني الخلو من هذه الأمراض النفسية أو العقلية. ولهذا المعيار العديد من العيوب والمساوئ منها (عدم تحديد الدرجة التي ينبغي أن يصل إليها الانحراف في السلوك أو الاضطرابات النفسية والعقلية حتى يمكن اعتبارها حالات غير سوية (شاذة). إذ لا يمكن في بعض الأحيان التمييز بين السواء وغير السواء كونها متداخلة مع بعضها (طه، 1986، ص38). أي يعتمد هذا المحك على الأعراض المرضية للاضطرابات

النفسية والعقلية كأساس لتصنيف الناس إلى اعتياديين وشواذ ومنحرفين. والاعتراض الآخر هو ان حالة الفرد النفسية تكون على شكل خط متصل يبدأ بالسواء وينتهي باللاسواء أي ان الفرق بين السوي واللاسوي هو فرق في الدرجة وليس في النوع.

6. محك المواءمة بين الفرد ومصلحة الجماعة

يعتمد هذا المحك على مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانيات الفرد والجماعة. فان أدت المسايرة الاجتماعية إلى مزيد من النمو للفرد والجماعة، عد سلوكا اعتياديا، أما إذا لم تؤد إلى مزيد من النمو وتحقيق إمكانات كل من الفرد والجماعة عدت سلوكا مرضيا. (عبد السلام، 1976، ص 65)، (كفافي، 1990، ص50-51) .

7. محك الطابع الإجرائي:

يعتمد هذا المحك على قيام الباحث بتحديد مؤشرات او مظاهر خاصة بالصحة النفسية يمكن ملاحظتها في سلوك الفرد باعتماد مقاييس أو أي أداة لقياس الدرجة التي بموجبها يعد الفرد سويا أو غير سويا.

8. المحك الطبي النفسي:

يرى هذه المحك ان الفرد يعد شاذا إذ كان يتلقى علاجا نفسيا على يد متخصصا من أي نوع من الاضطرابات النفسية، إذ يعد طلب العلاج مؤشرا على وجود مشكلة تحتاج إلى علاج ويمكن ان يكون اصطحاب المريض من أهل الفرد وذويه إلى الطبيب النفسي دليل على وجود مشكلة تحتاج إلى علاج.

ولكن يؤخذ على هذا المحك ان الاتجاهات الحديثة تشجع على مراجعة الطبيب للتأكد من وجود الصحة بدلا من العمل على استعادتها، أو الوقاية من المرض بدلا من علاجه، وقد تكون زيارة الطبيب لغرض توضيح أهداف الحياة أو

لإثبات الحالة العقلية لأمور قضائية، ولكن بشكل عام ان المراجعة للعيادات أو المستشفيات مؤشر على وجود اضطراب ما(عثمان، 2002، ص40-41) .

9. المعيار الطبيعي:

وفي ضوء هذا المعيار يسمى كل ما هو طبيعياً سوياً أي أن السواء يأتي من خلال كل تصرف أو سلوك طبيعي يصدر من ذلك الشخص فمثلاً يعد سوياً أن يكون الذكور مسيطرين والإناث خاضعات في أغلب المجتمعات العربية والإسلامية وقد ترى العكس في مجتمعات أخرى، وان تكون الجنسية الغيرية سوية بينما تكون الجنسية المثلية شاذة. أي ان الطبيعة البيولوجية خلقت الرجال والنساء ليتصرفوا بطرق معينة وبالتالي فان السلوك الذي يتفق مع هذه الأهداف يعد سوياً على حين أن السلوك الذي يتناقض معها يعد شاذاً (غير سوي) (طه 1986، ص44)

الحد الفاصل بين السواء واللاسواء

قد يفاجأ البعض إذا سمع انه لا توجد حدود فاصلة بين السلوك السوي والسلوك الشاذ أو المتعارف عليه باسم السلوك غير الطبيعي. وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات السابقة في علم النفس والطب النفسي، وهذه واحدة من أسباب إثارة الخلاف بين المتخصصين في دراسة السلوك الإنساني لتحديد المدى أو الدرجة التي عدنها يمكن ان نضع سلوك الفرد في فئة السلوك السوي الطبيعي أم في فئة السلوك الشاذ أو غير الطبيعي. معنى ذلك ان كل واحد منا قد يتصرف في لحظة ما أو يظهر سلوك غير سوي، وهذا المبدأ يؤكد حقيقة ان الإنسان كائن ذو بعدين نفسي فسلجي قد يصبح في لحظة ما ضحية ما يعتريه من انفعالات جامحة أو مشاعر أو أحاسيس أكبر من قدرته على السيطرة عليها أو التحكم بها في لحظة ضعف معينة. أو قد يتعرض لضغوط نفسية أو اجتماعية أو مهنية تجعله في حالة غير مستقرة، والعكس صحيح في لحظة معينة يمكن ان يظهر

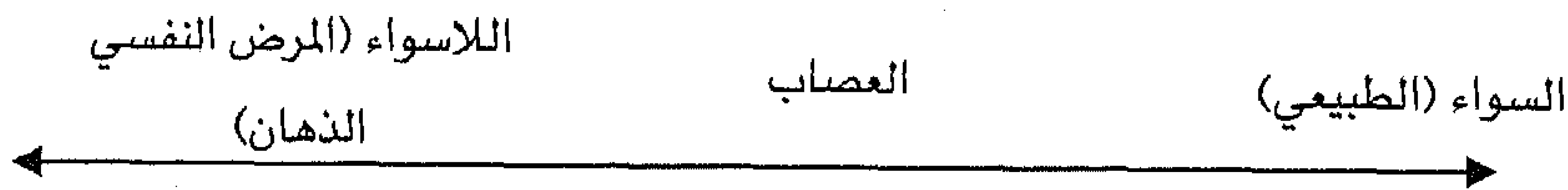
أعلى درجات النضج والاتزان. ولكن حتى هذا لا يعتمد عليه بوصفة معيار للحكم في تحديد السواء من اللاسواء، إذ ذهب أصحاب المذهب الوجودي في علم النفس، ان كل واحد منا يمتلك ذاتين. ذات خارجية مزيفة نتصرف من خلالها في تعاملنا مع الآخرين، وفي نفس الوقت مخفين ذات داخلية حقيقية، وهذا ما جعل البعض من علماء النفس الوجوديين يعتقدون ان المرضى هم الأسوياء لأنهم يتصرفون بموجب الذات الداخلية الحقيقية، ونحن الذين ندعي إننا أسوياء نحن المجانين لأننا بالحقيقة نتصرف من خلال الذات الخارجية المزيفة، وكما يقولون كائنات نصف مخبولة.

إذا يمكن ان نتوصل إلى استنتاج مفاده ان الحد الفاصل بين السواء (الطبيعي) واللاسواء (المرض) هو فرق في الدرجة وليس في النوع، فكلاهما يقعان على خط متصل يمتد من السواء (الطبيعي) إلى اللاسواء (المرض النفسي) وبموجب بذلك حتى المرض النفسي يمتد على هذا الخط المتصل من الحالة العصابية البسيطة إلى الحالة المعقدة حالة المرض النفسي الذهان، وكما هو موضح في الشكل(2) الآتي:

السواء (الطبيعي) العصاب اللاسواء (المرض النفسي الذهان)

شكل(2)

يوضح العلاقة بين حالة السواء واللاسواء



إذا يمكن القول ان الفرق بين السواء الحالة الطبيعية واللاسواء المرض النفسي(سواء كان العصاب الحالة البسيطة أو الذهان الحالة المعقدة) هو فرق في الدرجة وليس في النوع. وهذا الشكل يفسر لماذا نلاحظ ان بعض الأفراد يتصرفون بشكل سوي، وفي لحظة معينة يتصرفون بشكل لاسوي غير طبيعي؟ وأيضا يفسر لنا لماذا نرى بعض الأفراد طبيعيين ولكن بسبب تعرضهم إلى

ضغوط انفعالية أكبر من قدرتهم على التحمل يمكن ان يصابون باضطرابات نفسية متعددة وفقا لطبيعية سمات شخصياتهم السابقة؟ فالذي لدية سمات شخصية هستيرية عند تعرضه للضغوط النفسية يمكن ان يصاب بالأمراض النفسية التحولية أو التفكيكية، والذي لديه سمات شخصية شيزية مرشح لان يصاب بالشيزوفرينيا ، والذي لديه سمات شخصية وسواسيه مرشح لان يصاب باضطراب الوسواس القهري... الخ. وهذا هو الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض الجسمية،؟ فالأمراض النفسية تحتاج لسمات شخصية معينة بصفتها استعداد مسبق للإصابة بالمرض النفسي، بينا لا تحتاج الأمراض الجسمية لسمات شخصية سابقة للإصابة بتلك الأمراض.

الفصل الرابع

الحيل الدفاعية توافق الشخصية عبر ميكانيزمات الدفاع الشخصية السوية والشخصية المضطربة



4

الفصل الرابع

الحيل الدفاعية توافق الشخصية عبر ميكانيزمات الدفاع الشخصية السوية والشخصية المضطربة

توافق الشخصية عبر ميكانيزمات الدفاع

تنحصر صياغة السلوك في الشعور بحاجات الشخصية، وفي اكتشاف الأهداف والموضوعات والوسائل المناسبة للإشباع، ولما كان حل التوترات وتحقيق الإمكانات والتوافق مع الواقع من وظائف الأنا إلى حد بعيد، فانه تتضح أهمية كل ما يضعف قوة الأنا: القوة المفرطة للحوافز الغريزية أي للحاجات والانفعالات، وإجبار التكرار الذي يحول دون التوافق عن روية النتائج البعيدة، فيلجأ الإنسان إلى استعادة التوافق في الشخصية عبر آليات أو ميكانيزمات "حيل"دفاعية وإزاء ذلك تقول "دافيدوف" إننا نعَرف التوافق على انه محاولة لمواجهة متطلبات الذات ومتطلبات البيئة، ففي ثنايا محاولة التوافق كان الإنسان يتظاهر بوجه مبتسم، بينما كانت تعتريه أوهام عن الانتحار أو قتل الآخرين، أو الانزواء عن الناس أو العودة إلى زمن جميل، ليس في الواقع الحالي، وإنما في التخيل منذ زمن بعيد عندما كانت الأيام جميلة، وتقول إزاء ذلك ما الأمر الذي يدفع شخصا ما بعينه إلى اختيار طريقة معينة دون الأخرى؟ وهل يقوم نفس الفرد باستخدام أساليب متنوعة؟ تؤكد المقولة النفسية ان اسعد الناس وأكثرهم تفهما للحياة وما يعتريهم من مصاعب، تواجههم الكثير من ضغوط الحياة والأزمات وخيبات الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من مواقف الحياة الصعبة، ولكن عدداً قليلا منهم يواجهون هذه الظروف وهذه المصاعب والضغوط بحلول ولو مؤقتة تبعد عنهم شبح الكآبة أو الوساوس أو القلق وما إلى ذلك من عرض قد يقود إلى المرض، وتتم هذه العملية من خلال استخدام آليات

الدفاع(الحيل الدفاعية) أو ما تسمى ميكانيزمات الدفاع. ولهذا فالحيل الدفاعية شائعة ومألوفة عند جميع الناس وهم يلجئون إليها في كثير من المناسبات غير ان التعود عليها أو الإسراف فيها يدل على وجود حالة مستمرة من سوء التوافق، وهي وجود خلل أو بداية اضطراب نفسي قد يقود صاحبه إلى مشاكل ومضاعفات سلبية. اما السلوكيون فانهم يستبدلون مفهوم الحيل الدفاعية بمفهوم أساليب الهروب الجزئية، ويفسرون هذه الأساليب في ضوء أفكارهم المرتبطة بنظرية التعلم ومفاهيمها، فأساليب الهروب الجزئية من وجهة نظرهم ما هي إلا أساليب مكتسبة معممة (عبيد، 2008، ص217).

مميزات الحيل الدفاعية

الحيل الدفاعية بشكل عام تعد من وسائل التكيف السلبية.

تستعملها الانا لمواجهة رغبات الهو الغريزية التي تسبب القلق.

انها بشكل عام تعمل على تخيف التوتر واعادة التوازن للفرد.

انها تزور وتحرف الواقع المعاش بسبب ان الفرد لايسطيع مواجهته ذلك الواقع على حقيقته بسبب شعوره بالذنب أو خجلا من الآخرين.

تعمل لاشعوريا بحيث لا يفطن الفرد إليها، والبعض الآخر يعمل بشكل شعوري.

البعض من هذه الحيل لها فوائد ايجابية والبعض الآخر له اضرار سلبية في حالتي الاسراف في استعمالها والتعود عليها باستمرار.

البعض من هذه الحيل تساعد في نمو الشخصية مثل التقمص.

يلجأ اليها الفرد في موقف معينة وليس باستمرار.

الفرد فيها يخدع نفسه قبل ان يخدع الآخرين(اللي ما يحصل على العنب يقول حامض).

بشكل عام اقل ضررا على شخصية الفرد من وسيلة التكيف السلبي الثانية المرض النفسي.

المرض النفسي و الحيل الدفاعية اللاشعورية

الفرد حتى يستطيع ان يرضي أو يشبع بعض الدوافع (الحاجات) غير المرغوبة اجتماعيا ولكي يستتر وراءها للهروب من مسؤولية لا يستطيع القيام بها تظهر لديه أعراض المرض النفسي، والتي هي في حقيقتها لم تكن ناتجة عن خلل عضوي أو فسيولوجي وانما هي أعراض ذات وظيفة نفسية الهدف منها تخفيف حدة التوتر الذي يعانيه الفرد. إذا في هذه الحالة أصبح كل من المرض النفسي والحيل الدفاعية اللاشعورية من وسائل التكيف السيئ، فكلاهما يلجأ لها الفرد لغرض التخلص أو الهروب من موقف لا يستطيع مواجهته أو تجنب مسؤولية لا قبل له بها، لان الموقف الذي يريد الفرد ان يتخلص أو يهرب من مسؤولية جديدة تسبب له حالة من التوتر غير الطبيعية، والفرد لا يكمن له ان يعيش فترة طويلة مع التوتر لذا فهو مضطر إلى ان يلجأ إلى احد وسائل التكيف السيئة. لكن يختلف المرض النفسي عن الحيل الدفاعية اللاشعورية، ان المرض النفسي يلازم الفرد في أغلب أوقاته، بينما يلجأ إلى الحيل الدفاعية اللاشعورية في أوقات أو مواقف معينة متعلقة بالموقف الذي يتطلب استخدام حيلة دفاعية معينة وفقا لطبيعة الموقف الذي يريد ان يتخلص منه أو وفقا للمرحلة العمرية للفرد فعلى سبيل المثال نرى ان المراهقين يكثرون من استخدام النكوص، والتقمص كحيل دفاعية لاشعورية، بينما الكبار يكثرون من استخدام التبرير والكبت ...الخ.

متى يلجأ الفرد إلى استخدام وسائل الدفاع الأولية؟

ان الظروف التي تواجه الشخص بخطر واقع، أو خطر يُتوقع حدوثه، كثيرة. فإذا استطاع مواجهة هذا الخطر بصورة موضوعية ومنطقية فان ذلك يُعدّ

الطريق السوية التي تصقل عزيمته وتزيد ثقته بنفسه، أما إذا عجز عن مواجهة الخطر فان الشعور بالإحباط يستثير القلق لديه. وهذا القلق المؤلم لا يستطيع تحمله، لذلك يلجأ إلى إحدى وسائل الدفاع بصورة آلية لحماية ذاته من إزعاجات القلق، كأن يعمد إلى التخيلات وأحلام اليقظة، حيث تنسج أوهامه عالماً فيه الاقتدار والقوة والبطولة. فالتخيلات وأحلام اليقظة إذن من وسائل الدفاع. وإذا مرّت بنا مناسبة مؤلمة وتركت فينا أثراً بالغاً، فإننا نميل إلى تناسيها وإخفائها وكبتها لأجل التخلص من آلامها، ويكون ذلك دفاعاً منّا عن ذاتنا ضد الألم.

وبهذا الصدد يقول فرويد: " تهدف وسائل الدفاع إلى حماية الذات مما يؤلمها أو يهددها ". وقد يكون مصدر التهديد خارجياً، كالخطر الواقع على حياة الشخص ووجوده، وقد يكون الخطر داخلياً قابعاً في أعماق النفس كالأفكار والرغبات والمشاعر المشينة التي لا تتناسب مع معايير الواقع الاجتماعي الذي نعيشه. ويُنظر إلى وسائل الدفاع إذن على أنها طرق يحاول بها الفرد اتقاء آلام الإحباط وخفض التوتر والقلق اللذين يمر بهما. ان أكثر الوسائل بدائية للدفاع ضد القلق هي إنكار الواقع، وفيه يرفض الفرد ان يعترف بالواقع المر الذي يواجهه فيهرب منه، كتلك الأم التي فقدت طفلها الوحيد، وراحت تراعي الدمية التي كان يفضلها ابنها على انها رمز له، ثم انتهت إلى نكران موت ابنها، والى عدّ الدمية أمامها كما لو انها الابن، تقدم لها الغذاء والرعاية. ان هذه الأم قد انتهت إلى اضطراب نفسي تحتاج فيه إلى العناية. وهكذا نرى ان وسائل الدفاع الأولية تنطوي على عنصر من خداع النفس وتمثل نوعاً من التحايل على الموقف والهروب بدلاً من مواجهة الواقع.

معنى الحيل الدفاعية

هي وسائل الدفاع الأولية التي تدعى أحيانا آليات الدفاع اللاشعورية "mechanisms unconscious defense" ولكن لماذا يُطلق على وسائل الدفاع هذه بانها أولية؟ انها أولية من حيث تكونها الأولي في مراحل الطفولة. وتسمى

وسائل الدفاع الأولية أحيانا باسم " الحيل اللاشعورية "، وسبب هذه التسمية انها نوع من التحايل على الموقف، فهي تحمي الفرد ضد القلق ولكن عن طريق تشويه الواقع الموضوعي بطريقة شاذّة غير سوية، لذلك تعدّ وسائل الدفاع من أعراض الاضطراب النفسي، وبتحليلها وتفسيرها يمكن التوصّل إلى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط اللذين يكمنان خلفها. وهذا التحايل يكون من ابتداع اللاشعور. وقد تسمى أيضا باسم آليات دفاع الأنا "Ego defense mechanisms " بسبب انها تقرب من العادة في سرعة حدوثها وسهولة اللجوء إليها، وانها وسيلة الذات المباشرة في الدفاع عن نفسها (ميّاسا، 1997، ص79-80).

وتعّبر هذه الحيل عن عمليات تتم بطريقه لاشعورية، ولا يستطيع الفرد التحكم فيها بإرادته، ويكون الغرض منها تخفيض التوتر والقلق. وعمليات الدفاع هي حيل خادعه مثل المسكنات التي تخفف الألم دون ان تزيل أسبابه الجوهرية ومن هنا تأتي خطورتها حيث ان المنبهات و المسكنات توقف الألم و توهم الفرد انه قد تم شفاؤه، وتوقف وتعطل حركته في البحث عن علاج لمرضه الحقيقي الذي لم يزول، ولكن فقط تأجلت الآلام الناتجة عنه بفعل المهدئات و المسكنات، (عويضة، 1996، ص45).

وعندما يمرّ الإنسان بحادثة مؤلمة، فإنه قد يلجأ إلى استخدام أساليب دفاعية ملتوية نتيجة الألم ويحمي نفسه ويعيد الاطمئنان لها. ان الفرد في محاولاته لتحقيق أهدافه يقوم بمحاولات، بعضها يتم على المستوى الشعوري مثل: زيادة الجهد للتغلب على العوائق، أو تحقيق الهدف أو تغييره، أو إعادة تقدير الموقف المحبط أو الصراع بصورة واقعية، ومن الممكن ان تُحل معظم الإحباطات والصراعات التي يعيشها الفرد في حياته اليومية على المستوى الشعوري، إما الاحباطات والصراعات العميقة الجذور والتي لا يمكن حلهّا على هذا المستوى فانها تؤدي إلى ظهور محاولات توافقية لا شعورية، وهي الأساليب الدفاعية،

وتشكّل هذه الأساليب عناصر هامّة في بناء شخصية الفرد بجانب الصراعات والاحباطات التي أدت إلى ظهورها(علي، 2001، ص43-59).

ويمكن تلخيص أسباب استخدام الفرد لهذه الحيل الدفاعية (اللاشعورية) فيما يأتي:

تجنب الفرد حالات القلق في مواقف الحياة وما يصاحبها من شعور بالإثم.

التقليل من الصراعات في داخله.

لحماية ذاته من التهديد.

وقد يلجأ لها لعدم قدرته على إرضاء دوافعه بطريقة سوية واقعية لأسباب كثيرة منها:

كأن تكون المشكلة فوق احتماله.

أو تكون نتيجة دوافع لاشعورية لا يعرف مصدرها.

أو قد تكون ناتجة عن ضعف أو قصور في تكوينه النفسي.

سلبيات (مضار) استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية:

ما من شك ان كثرة استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية يترتب عليه الكثير من السلبيات التي تمتد من النمو النفسي للفرد إلى علاقات الفرد بالآخرين، وهي على النحو الآتي:

ذات أثر ضار عموماً، أي ان الضرر يلحق كل جوانب شخصية الفرد وعلاقاته مع الآخرين.

أن اللجوء إليها لا يُمَكّن الفرد من تحقيق التوافق.

يقلل من قدرته على حل مشاكله. فهي لا تقدم حلولاً حقيقية للمشاكل، فالشخص الذي يبرر أخطاءه بصورة مستمرة لن يكون قادراً أبدا على التعلم من هذه الأخطاء.

إذا استخدمت الحيل الدفاعية بشكل مسرف فإنها يمكن أن تؤثر في النمو النفسي لأنها تمنع الفرد في التعامل مع الواقع بطريقة موضوعية.

كما أنها تبدد الطاقة التي يمكن أن تستخدم بفاعلية أكثر، وتصبح ضارة و خطرة أيضاً عندما تعمي الفرد عن رؤية عيوبه و مشاكله الحقيقية ولا تعينه على مواجهة المشكلة بصورة واقعية.

تميل الحيل الدفاعية إلى المداومة (الاستمرارية في الاستعمال) عندما لا يطور الأنا المقدرة على مواجهة المشكلات. فالفرد الذي يعتمد دائماً على وقاية نفسه يعجز عن التعرف على طرق أحسن منها لوقاية نفسه.

هذه الأساليب تضعف الأنا تدريجياً لأنها تستنزف طاقتها النفسية.

تصنيف الحيل الدفاعية:

يلجأ الإنسان إلى الحيل الدفاعية دون أن يشعر لدى إخفاقه في إقامة توافق بينه وبين نفسه أو بينه وبين بيئته الاجتماعية، ويترتب على هذا الإخفاق قلق أو صراع، ويضطر الفرد إلى تخفيف القلق بطرائق شتى، ويكون ذلك بالحيل الدفاعية (لأنها محاولة لدفع القلق (وهي عمليات ليست شعورية ولا توافقية . وتصنف إلى ثلاثة أنواع كما يلي:-

مجموعة الحيل الدفاعية الخداعية الكاذبة: تشمل الكبت، التبرير، الإسقاط، والتكوين العكسي.

مجموعة الحيل الدفاعية الهروبية: تشمل النكوص، الانعزالية، السلبية، ويضيف إليها الباحثون أحلام اليقظة.

مجموعة الحيل الدفاعية الاستبدالية: تشمل التعويض، التحويل، والتقمص. (الخالدي، 2009، ص 231)

أساليب الدفاع الأولية :

توجد أنواع كثيرة جداً من الحيل الدفاعية اللاشعورية وهي على النحو الآتي:

1. **الكبت** Repression

عند فرويد يعني عملية آلية لا شعورية وهو من أول واهم وسائل الأنا في الدفاع والأنكار والصراعات والذكريات المثيرة للقلق من حيز الشعور والإدراك. وحينما يتم الكبت فأن المادة المعزولة لا تدخل نطاق الشعور على الرغم من انها تؤثر في السلوك ، وهو عبارة عن إزاحة الذكريات المؤلمة والرغبات المهددة للذات إلى حيّز العالم اللاشعوري، فقد يلجأ الفرد إلى كبت الأمنيات والمعتقدات التي تشعره بالتهديد ويبعدها عن مجال الوعي، ولكن يظل تأثيرها قوي على الفرد ، والكبت لا يعني ان الأفكار تزول نهائياً بل تبقى في اللاشعور. ويمكن ان تظهر في أحلام الفرد او على شكل اضطرابات نفسية او نفسجسمية في حالة اللجوء إليها بشكل كبير. ويمكن تفسير ظاهرة فقدان الذاكرة النفسي المنشأ ، على انها كبت كلي لخبرات مزعجة او مؤلمة لا يريد الفرد تذكرها ، فحادث مؤلم يؤدي إلى كبت الموقف بحيث يصاب الشخص بفقدان ذاكرة لكي ينسى الظروف المحيطة وما حدث أمامه. ومثال على ذلك النسيان لدى الطالب أثناء الامتحانات للمعلومات التي درسها جيدا ، وهي إحدى علامات الكبت، فالكبت يمكن ان يحدث تحت ظروف اقل من تلك الظروف الصادمة ، وعملية نسيان الأسماء والمعلومات ونسيان الأفراد والأماكن المثيرة للقلق، أو موعد لا يرغب الفرد حضوره، يعزى هذا كله إلى الكبت، وحتى الأحلام ما هي إلا مكبوتات تمثل رغبات لا شعورية مثيرة للقلق.

ويختلف الكبت عن القمع Suppression لأنه في عملية القمع يضبط الفرد نفسه ويحبسها أو يمنعها عما تشتهيه وما تندفع إليه من الأمور المحرمة أو غير المرغوبة من قبل الجماعة. وفي الوقت نفسه يكون الإنسان على علم بهذه النوازع

ويعمل جاهداً على أن يحول بينها وبين ظهورها أمام الناس، أي ان القمع عملية إرادية. فالكبت هو العملية الدفاعية الأساسية اللاشعورية الأولى، فالأفكار التي تؤدي للقلق يتم عزلها عن الإدراك الواعي الشعوري فهو ليس برفض أو إنكار من قبل الفرد لأن يتذكر الواقعة إنما نجد أن الفكرة أو الواقعة تستبعد من الشعور بواسطة قوى لا شعورية لا سلطان للفرد عليها حيث أن الفرد الذي كان يتذكر الفكرة أو الواقعة في وقت ما أصبح لا يتذكرها، حتى أن الأسئلة المباشرة لا يمكن أن تعيدها إلى إدراكه الواعي .لذا فهو من الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يلجأ إليها الفرد للتخفيف مما يعانيه ويؤثر على توازنه النفسي الذي ينعكس على شخصيته وتعامله مع الآخرين في أسرته وفي عمله ومع أفراد المجتمع، ثم ان الكبت العنيف – القوي يستنفد قدرا كبيرا من طاقة الفرد المتاحة للعمل حتى يحيله إلى الانهيار النفسي.

2. **التقمص (التوحد)** Identification

التوحد التقمص Identification يعد التوحد من المفاهيم الأساسية التي يستعين بها التحليل النفسي على تفسير نشأة الشخصية وتكونها عن طريق تمثل الطفل خصائص والديه او من يقوم مقامهما. والتوحد يختلف عن المحاكاة او التقليد اختلافا جوهريا، فالمحاكاة imitation عملية شعورية قصدية يضع بها الفرد نفسه مؤقتا موضع فرد آخر فيسلك على نحو ما دون ان ينتج عن ذلك تغيير جوهري في شخصيته. أما التوحد فهو على النقيض من ذلك، عملية لاشعورية ذات تأثير عميق دائم، تتشكل بها (أنا) الشخص على وفق(أنا) شخص آخر تربطه به رابطة انفعالية قوية. فألانا يسعى إلى التشبه بمن اتخذه نموذجا يحتذى به. ويوجد نوع آخر من التوحد وهو التوحد بالمعتدي، وهو من ميكانيزمات الأنا الدفاعية. ويفيد كما تقول(انا فرويد) ان يسيطر الفرد على مخاوفه من الشخص او الموضوع المعتدى عليه بتوحده به، وفيه يتحول الشخص المهدد إلى شخص يهدد، مثال ذلك: بعد ان كان اليهود على مدى التاريخ مهددين بالطرد والفناء

والمطاردة، أصبحوا من محتلين وأصحاب حق في ارض غيرهم التي احتلوها وهي فلسطين بعد ان طردوا سكانها الأصليين وهذا ما تمارسه إسرائيل، فخوفها الشديد من العرب وخشيتهم "الإسرائيليين" من رجوعهم إلى دول الشتات والى ألمانيا وما عانوه أيام النازية من قهر وذل وهوان، فأنهم يتقمصون شخصية النازيين ويعتدون اعتداءات وحشية على العرب وهذا ما يسمى بالتوحد بالمعتدي. ويقول علماء النفس ان التوحد "التقمص" وسيلة للتخفيف من الخوف او القلق او التغلب على الحزن.

أما من ايجابيات التوحد فانه عامل مهم في نمو الذات وفي تكوين الشخصية والخلق، لذلك من الضروري تزويد الأبناء بصور ناصعة عن قيم الشخصيات البارزة في الأدب والعلم والفن الأصيل والفنون الأخرى لكي يتوحد الطفل بها منذ الصغر. فالطفل يتقمص شخصية الأب. ويؤدي التقمص وظيفة مهمة لأنه يشبع حاجة الفرد لتقدير الجماعة، وخاصة في المراحل الأولى من حياة الإنسان له وظيفة إيجابية كبيرة تساعد في نمو الفرد، فبواسطة التقمص يحصل النمو اللغوي والخلقي والاجتماعي، وبواسطته يحصل التنميط الجنسي للطفل، حيث يتعلم الطفل الذكر دوره كرجل، والأنثى تتعلم دورها بصفتها امرأة. مما يساعد على التكيف النفسي والاجتماعي إلاّ ان الخطر يكمن في الجانب السلبي من التقمص، فكثيراً ما نرى التقمص في حالة الذهان مثل تقمص شخصيات الأبطال او رئيس دولة او أستاذ....الخ، إن عملية التوحد تخدم أغراضاً كثيرة وتعد وسيلة لتحقيق الرغبات التي لا يستطيعها الفرد نفسه فيقتنع بتحقيقها في حياة الغير ويرضاها لنفسه كأنه قام بها. والكثير من مظاهر التوحد وتعلق الفرد بغيره، ما هي إلا حالات تدل على بعض نزعات العطف الاجتماعي والتحسس بمشاكل الآخرين التي ترد إلى توحد الفرد بغيره ومقدرته على أن يضع نفسه مكان الآخرين في ظروفهم.

فالتقمص هو أن يجمع الفرد ويستعير وينسب إلى نفسه ما في غيره من صفات مرغوبة و يشكل نفسه على غرار شخص آخر يتحلى بهذه الصفات. ومن الناحية المرضية فالشعور بالنقص قد يكون دافعاً قوياً للتقمص الذي يبدو واضحاً بشكل واضحا لدى مرضى الذهان "العقل" وخاصة لدى مرضى البرانويا "بشقه: جنون العظمة" إذ يعتقد احدهم بأنه قائد عسكري فيرتدي ملابس القادة العسكريين ويمشي مشيتهم بطريقتهم.

3. **التبرير** Rationalization

هو حيلة لا شعورية يلجأ إليها الفرد للدفاع عن سلوك خاطئ او دوافع عدوانية او جنسية لاشعورية، تعبر عن نفسها في فلتة لسان او زلة قلم. وهي تعني اختلاق أسباب غير الأسباب الأصلية ولكن يتضمن هذا السلوك خداع النفس لنفسها، والتبرير يختلف عن الكذب، ذلك ان الكذب عملية شعورية، هو خداع الناس أما التبرير عملية لاشعورية فهو كذب على النفس وخداعها. ومن الممكن ملاحظته لدى غيرنا وان نكشف النقاب عنه في أنفسنا، ويقول علماء النفس ان الإسراف في استخدام ميكانيزم التبرير قد يؤدي إلى نشأة الهذاءات Delusions وهي عبارة عن اعتقادات خاطئة تظهر لدى مرضى الذهان، فكثيرا ما يستخدمها هؤلاء المرضى بتبرير عيوبهم بانها ليست عيوب، وأخطاءهم ليست أخطاء. ومن الأمثلة الواقعية في حياتنا اليومية، فقد يقول الطالب الذي يفشل في دراسته، كان بإمكاني ان اجتاز الامتحان لولا ان المدرس وضع فيه تلك الأسئلة السخيفة، بدلا من الاعتراف بسوء استعداده وضعف قدرته. وكذلك حال الموظف الذي يتأخر دائما، فهو يلوم جدوله المزدحم يوميا، بدلا من اعترافه بانه غير منظم في حياته. ويحدث في اصدق مثال عربي شعبي هذا الميكانيزم: الذي لا يستطيع ان يصل إلى العنب يقول انه حامض. خلاصة القول تقوم هذه العملية على إيجاد الأعذار المقبولة والمنطقية لتصرفات الفرد الذي لا يستطيع تحقيق أهدافه. يحاول الفرد من خلالها إثبات ان سلوكه معقول وله ما يبرره او يجيزه، لذا

يستحق القبول من المجتمع والذات وبذلك يخفي الدافع الحقيقي لهذا السلوك الذي قد يكون فيه إيذاء له، او يشعره بالخزي والعار. ويلجأ إليه الفرد ليفسر سلوكه الفاشل او الخاطئ بطريقه منطقيه، ويساعده في ذلك (الأنا) لاشعورياً حيث يقدم له أسبابا وجيهة يقتنع بها الفرد شعورياً ثم يحاول او يقنع الآخرين الذين يكون محل تساؤل من جانبهم. مثال: تبرير الفشل في الحصول على رخصة القيادة بأن المدرب سيء والفاحص كان متعباً فلم يقيّم بشكل دقيق. ومثال اخر الطفل شديد الخجل الذي يبرر فشله في التفاعل الاجتماعي في المدرسة وعدم وجود أصدقاء له بأن يقول أن جميع الطلاب على مستوى خلقي وضيع وهو لايحب أن يكون مثلهم إنما هو يبرر خجله ولكن بطريقة لا تمسه. وعملية التبرير تفيد الشخص الذي يستخدمها لانها تحفظ له الثقة وتقديره لكفاءته ونزاهته كما ترفع قيمته وتحافظ على مركزه بين الآخرين. اذا يمكن القول ان التبرير يستخدم في الحياة اليومية كثيراً، وهو يؤدي وظيفتين مهمتين، إذ يساعد على ان يكون سلوك الفرد أكثر عقلانية ويمكنّه من تخفيف حدة الشعور بالإحباط والقلق والصراع. فالتبرير حيلة دفاعية نعمد إليها كلنا لا الأطفال وحدهم، وهنا نوجد أسباب مقبولة اجتماعيا لسلوكنا وخصائصنا عندما لا يكون السبب الحقيقي مقبول بحيث أننا لو أتحنا له الدخول إلى وعينا وإدراكنا الشعوري لأدى إلى الشعور بالقلق والتوتر.

4. **النكوص (الارتداد)** Regression

يدل مفهوم النكوص على عدد من الظواهر النفسية تتميز جميعها بتقهقر النشاط النفسي إلى مرحلة سابقة من مراحل تطور اللبيدو "الطاقة النفسية الجنسية" وهذا الرجوع إلى الوراء قد ينحصر في العودة إلى موضوع الإشباع التي تتميز به مرحلة سابقة. فقد يتوقف النمو السوي للشخصية أي ان يصبح الشخص مثبتا على إحدى هذه المراحل المبكرة لان الانتقال إلى المرحلة التالية يكون مشحونا بالحصر والقلق. ويقول فرويد ان مرجع النكوص هو الحرمان، ومن

أمثلته هو عودة الفرد في سن النضج او ربما بعد الزواج إلى مرحلة عشق الذات وممارسة العادة السرية التي قد يجد الفرد لذته فيها أكثر مما يجدها في العلاقة الجنسية مع زوجته. وبهذا فهو يشير إلى عودة الفرد للقيام بسلوك كان يقوم به في مرحلة تطورية سابقة من حياته نتيجة للضغط، وهذا السلوك لا يكون ملائم لهذه المرحلة. مثال: بكاء المراهق لرفض والده إعطاءه مفاتيح السيارة، فعند عدم إيجاد الحل للمشكلة يلجأ الفرد لهذه الاستجابة، وهي من الاستجابات الشائعة للصراع النفسي. وبالرغم من ان النكوص يساعد الفرد على التخفيف من حدة القلق إلا انه يعيق النمو النفسي السليم حيث يظهر في شكل اضطرابات نفسية وعقلية. وأكثر ما نجد هذا النوع من الحيل الدفاعية عند الأطفال الذين قد يرجعون إلى الرضاعة رغم انهم فطموا منها منذ وقت طويل، او التبول اللاإرادي رغم قدرتهم على التحكم في ذلك، فمن الممكن أن يعود الطفل إلى سلوك كان شائعاً في مرحلة سابقة من نموه، فالطفل الذي تجاوز سن السادسة من عمره قد يأخذ في مص أصابعه ويكثر من العناد وعدم إطاعة أوامر والديه، وعادة ما يظهر عند قدوم مولود جديد للأسرة. والبالغين أيضا قد يلجئون إلى هذه الحيلة بعد خروجهم من تجارب قاسية او قوية مثلاً بأن يعود إلى رضاعة إبهامه، او فتاة تعود إلى اللعب بالدمى، او المرأة التي تصل للعمل متأخرة وعندما يراها المسئول تجهش بالبكاء لا شعورياً. وقد يثبّت الشخص في المرحلة التي انكص فيها كأثر سلبي ويفقد القدرة على تحقيق التوافق السوي. وعادة ما يحدث النكوص لدى المرضى الذهانيين. ان النكوص يظهر كثيرا لدى الأفراد الذين تتدهور حالتهم الصحية النفسية او العقلية، وان كان ظهورها لدى الذين يعانون من الأمراض العقلية(الذهانية)أكثر، حيث تظهر في صورة تجهم واكتئاب وحزن وبكاء وصراخ مع الغيرة العنيفة والغضب الشديد الذي يصاحبه التبول والتبرز العلني، كل هذا هو عودة إلى الأساليب الطفولية في مراحل الطفولة الأولى. وقد أشارت الدراسات النفسية بأن النكوص استجابة شائعة للإحباط. فالنكوص عودة إلى المراحل السابقة من العمر من خلال التصرفات والسلوكيات التي تميز

تلك المرحلة السابقة وذلك لتحقيق نفس النتائج التي كان يحققها الفرد في تلك المرحلة. واحد اهم الاسباب التي تجعل الفرد النكوص الى مرحلة عمرية سابقة هو نتيجة عدم قدرته على تحمل الاحباط الذي تعرض له وبذلك يعود الى مرحلة عمرية سابقة كان محاط بكل اشكال بالرعاية والحنان والحب.

5. **الإسقاط** Production

وهي حيلة دفاعية لاشعورية من حيل دفاع الأنا. بمقتضاها ينسب الشخص إلى غيره ميولا وأفكارا مستمدة من خبرته، يرفض الاعتراف بها لما تسببه من الم وما تثيره من مشاعر الذنب، فالإسقاط هنا بمثابة أسلوب لاستبعاد العناصر النفسية المؤلمة عن حيز الشعور. ويقول فرويد ان ما يواجه الفرد هو ادراكاته التي تأتيه من الخارج او من الداخل، أما ما يأتيه من الخارج فأمره هين وبسيط إذ يستطيع الفرد ان يغير او يتفادى ما لا يروق له فيما يأتيه من الخارج، أما إدراكاته الداخلية من دوافع غريزية لا ترحم فلا يستطيع منها مهربا، لذلك يسقط الفرد دون شعور منه، دوافعه الداخلية وانفعالاته غير المرغوب فيها إلى الخارج حتى يستطيع ان يحيدها بأكثر الوسائل يسراً، ومن أمثلة السلوك في الإسقاط هو حينما يشن البعض من الناس هجوما لا شعوريا يقصد به إلصاق عيوبه ونقائصه ورغباته المستهجنة على الآخرين مثال: فأنا اكره شخص ما ولكني أقول هو يكرهني، هنا أريد ان اخفف من أثمي. الشخص في هذه الحيلة الدفاعية حينما يخاف من نزعاته العدوانية والجنسية يرغب في شيء من التخفيف من قلقه حين ينسب هذه النزعات العدوانية إلى غيره من الناس، فالإسقاط إذن حيلة نفسية ينسب فيها الفرد صفات سلوكية غير مقبولة وكذلك عواطفه وميوله إلى غيرنا من موضوعات بيئية من أشخاص وأشياء، وقد يؤدي هذا إلى التخلص من بعض مشاعر الذنب وخفض التوتر الناجم عنها، مثال: الشخص الذي يشك في الآخرين ولا يثق بهم نراه يكثر من اتهام الآخرين بالشك وعدم الثقة بالناس. ويرتبط الإسقاط بالتبرير من حيث انه يعبر عن العملية التي

بمقتضاها يلوم الفرد غيره من الأفراد على نواحي فشله وخطئه. فالإسقاط هو أن تعزو غير المقبول من الأفكار و الأفعال إلى شخص آخر على حين أن هذه الأفكار أو الأفعال إنما ترجع إليك بالحقيقة فمثلا كثيرا ما نسمع طفل يقول ((ماما حنان إلي بترمي الأغراض على الأرض مو أني")) وهذه أكثر الأمثلة شيوعا عند الأطفال فنجد أن الطفل يضع دائما السلوك الصادر عنه والمرفوض من قبل الوالدين على شخص آخر خوفاً من أن لا يحظى بحبهم .

6. **الإنكار** Denial

ينكر بعض الناس وقائع في حياتهم، إي يرفضون الاعتراف بوجود الخبرات غير السارة التي يدركونها ويعرفونها تماماً، وذلك لحماية أنفسهم. وتتضمن هذه العملية دائما خداع الذات، فحينما يغفل الفرد بشكل لاشعوري بعض الوقائع، إنما يتعامل مع تلك الوقائع بالهروب من مواجهتها. ويمكن ان يكون الإنكار وسيلة لمعرفة المكبوت، ان الإنكار يتضمن رفض الاعتراف بالمكبوت، ولما كان الإنكار ضربا من الحكم المنطقي وكان الحكم هو الوظيفة العقلية الأساسية، لان كل تفكير لا يعدو ان يكون حكما، فالإنكار إي الحكم بصيغة النفس إنما هو البديل العقلي للكبت، والإنكار يختلف عن الميكانيزمات الدفاعية الأخرى لاسيما ميكانيزم الكبت في انه لا يوجه إلى مغالبة مكالب الغريزة، بل يوجه إلى وقائع مؤلمة في العالم الخارجي. ان حيلة الإنكار حيلة شائعة، فقد يعبر الأطفال غير المرغوب فيهم على ان آباءهم يحبونهم حباً جماً وقد يرفض الطالب الطموح الاعتراف بوجود قصور في قدرته او إمكاناته. لهذا يتضمن الإنكار محاولة الفرد تجنب المواقف المؤلمة ومصادر القلق بنكرانه او تجاهله فعلاً، وقد ينكر الفرد لاشعورياً فكرة ما او حاجة بهذا الأسلوب، ويظهر كثيراً لدى الأطفال، فالطفل الذي لا يستطيع تحمل ألم غياب أمه يميل إلى إنكار ذلك والإعلان انها لم تذهب إنما هي في الغرفة الأخرى. وقد يصل الإنكار إلى أقصى الحدود بحيث يقطع صلته بالواقع وبكل ما يحيط به

من خصائص وذلك بنسيان اسمه وشخصيته او باتخاذ شخصية أخرى، او برفض الأم حقيقة ان ابنها توفي وتقول انه مسافر. والإنكار يختلف عن الكبت فالكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزي ان يكون شعورياً او يعبر عن نفسه في حالة شعور بينما الإنكار يجعل الشخص جاهلاً بحادث معين ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره، وقد يؤثر الإنكار بشكل سيئ على الشخص إذا لم يتم استبداله بالتقبل مثل إنكار مدمني المخدرات والكحول لحقيقة مشكلتهم وبأنهم يستطيعون السيطرة إلى ان يتفاقم الوضع ويصل إلى مرحلة سيئة. فالإنكار عملية وثيقة الصلة بالكبت إلا انها أكثر بدائية، فالفرد هنا يدرك الفكرة او الواقعة ولكنه ينكر حدوثها تماماً ويصر على عدم صحتها.

7. الإبدال النقل أو الإزاحة (التحويل) Displacement

عملية لا شعورية تنحصر في زحزحة دافع معين او انفعال ما من موضوعهما الأصيل إلى موضوع بديل. ويظهر بشكل واضح في الشخصية الوسواسية ويقوم بدور مهم في العصاب الوسواسي إذا ما عرفنا ان من أهم المميزات الأساسية في الشخصية الوسواسية هو الميل إلى الانطواء والانشغال بالصراع الداخلي الذي يحد من قدرة الفرد، أما في الطفولة فأنه يؤثر تأثيرا كبيرا من خلال تحديد قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته وهو بالتالي يغير نفسه ويمنع غرائزه من التعبير المباشر. ومن صفات هذه الشخصية أيضا ان صاحبها دقيق جداً، حريص، حي الضمير يحب الدقة والنظام في المواعيد ويبالغ في النظافة، جاف العواطف ولكنه أكثر ميلا إلى التفكير والمنطق والعقلانية. تعد حيلة النقل إحدى الحيل الأساسية في "أعصبة المخاوف phobias "الفوبيا، وهي تخدم غرض التحكم في القلق المرضي. بين فرويد في حالة الطفل "هانز الصغير" الذي كان يخاف خوفا مرضيا من عضة الحصان، ان خوفه انفعال منقول من شخص الوالد كما يتخيله الطفل لا شعورياً. إذن يمكن القول ان الإزاحة من الأساليب اللاشعورية، حيث

يتضمن نقل السلوكيات والمشاعر من شيء خطير إلى شيء أقل خطورة، مثال ذلك الرجل الذي يصمت عند تأنيب المدير له على أدائه المتردي في العمل، ثم بعد ذلك ينفجر في احد أفراد الأسرة، وبذلك حوّل مشاعر الغضب نحو المدير إلى فرد من أفراد الأسرة لكي يعبّر عن غضبه، حيث يوفر الإبدال او التحويل فرصة للفرد للتعبير عن التوتر من غير إلحاق الأذى بمن يحب، ولكنه قد يصبح مشكلة خطيرة حيث يعتاد الشخص عليه ويصبح إنسانا عدوانياً. والتحويل من الحيل الدفاعية التي تجري على مستوى العقل الباطن لدى الإنسان للتنفيس عن المشاعر السلبية شديدة الإيلام له نتيجة لتعرضه لبعض الضغوط القاسية. فإذا كان مصدر هذا الإيلام شخصاً او سلطة لها مكانة تحول دون ان يعبر المرء بحرية في مواجهتها عما يضيق به الصدر تجاهها يلجأ إلي البحث عن بديل يوجه إليه هذا الغضب المتأجج داخله والذي لا يستطيع توجيهه إلي مصدره الأصلي تهيباً له او خوفاً منه او عجزاً عن مواجهته. ويمهد الإنسان لهذا التحويل الذي يتم داخله بغير وعي منه باختيار البديل الذي تتجه إليه ثورة الغضب وأن تسمح العلاقة معه بافتعال البعض من المشاكل التي تضفي علي الخلاف معه بعض المشروعية أو المنطقية ويمهد المرء لعملية التحويل أو التبديل هذه باختلاق المشاكل مع الطرف الذي اختاره العقل الباطن لتوجيه مسار الغضب إليه. وقد يسترجع بعض الخلافات القديمة معه أو التحفظات السابقة له ثم يتعلل بأول ذريعة ويطلق حمم غضبه المكتوم في وجهه ودون أن يعي أنه ليس سوى بديل لمصدر غضبه الحقيقي الذي استوجب هذه الثورة العارمة. وبهذه الحيلة النفسية الدفاعية يفسر علماء النفس انفجار الزوج المقهور في عمله أو حياته العملية مثلاً يتشاجر مع زوجته لأتفه الأسباب كلما تراكم الغضب المكتوم داخله أو تعرض لقهر جديد من رؤسائه في العمل وعجز عن التنفيس عن مشاعره في مواجهتهم، ويفسرون بها كذلك كثرة الخلافات التي تقع بين بعض الأزواج والزوجات كلما تزايدت عليهم الضغوط الخارجية أو قست عليهم ظروف الحياة فيتخذ كل منهم من الآخر مجالاً للتنفيس عن الغضب المتأجج داخله بدلا من أن يتساندا في مواجهة الظروف

القاسية ويخفف كل منهما عن الآخر بعض آلامه. فالتحويل هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجياً من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفسيولوجية.

8. الرد المعاكس أو التكوين العكسي Reaction Formation

تعد هذه الحيلة التي يلجأ إليها الأنا بغية اصطناع سلوك مغاير او اتجاه مناقض يخفي او يموه على دوافع او نزعات او أفكار او رغبات لاشعورية مستهجنة غير مقبولة او محظورة، فمن خلال هذه الحيلة الدفاعية يخفي الناس دافعا حقيقيا عن أنفسهم، ويعبروا عن العكس باتجاهاتهم وسلوكهم، فهم بذلك يستخدمون التكوين العكسي لكي يساعدهم على تجنب القلق المرتبط بعملية المواجهة الفعلية للسمات الشخصية غير المرغوبة، ومن أمثلة هذا الميكانيزم في حياتنا الواقعية، حينما نشاهد احد الأشخاص وهو يظهر الحب بشكل ملفت للنظر لزوجته او مع حبيبته او مع من يحب، إنما هو هنا بديل للشعور بالكراهية الكامنة في اللاشعور، هذا الحب العكسي يختلف عن الحب الحقيقي، في ان الحب الحقيقي لا مبالغة فيه، وليس فيه قسر، أي لا يشعر فيه الفرد بإرغام على إبداءه في كل وقت وكل حين. ومن الأمثلة الأخرى الحية أيضا من الواقع، الفتاة العانس التي تخشى الانفراد بأي رجل خشية ان يعتدي عليها، في حين ان رغبتها الحقيقية هي ان تمارس الجنس مع أي رجل. وتقول أدبيات علم النفس التكوين العكسي يختلف عن التصنع، فالفرد في التصنع يشعر بالدافع او النزعة او الفكرة المستهجنة او المحظورة ويرغب مع سبق الإصرار في التمويه عليها او إخفائها. أما التكوين العكسي إحدى الحيل الدفاعية الأساسية التي نجدها في العصاب الوسواسي Neurosis Obsession. كذلك يمكن القول ان التكوين العكسي هو التعبير عن الدوافع والرغبات غير المقبولة اجتماعياً او دينياً بإظهار عكسي تماماً او بشكل مبالغ فيه، والرد المعاكس محاولة لإخفاء الدوافع التي لا يرتضيها المجتمع فيكبتها باللاشعور،

مثال الإفراط بالضحك والسرور كتكوين عكسي للحزن، او الطفل الذي يكره والده لكنه لا يستطيع التصريح بهذه المشاعر ويستبدلها بالحب. مع هذه الحيلة الدفاعية يخفي الشخص الدافع الحقيقي عن النفس إما بالقمع أو بكبته، ويساعد هذا الميكانيزم الفرد كثيراً في تجنب القلق والابتعاد عن مصادر الضغط، فضلاً عن ذلك الابتعاد عن المواجهة الفعلية، فإنه قد يظهر سلوكاً لكنه يخفي السلوك الحقيقي، فإظهار سلوك المودة والمحبة المبالغ فيهما قد يكون تكويناً عكسياً لحالة العدوان الكامن الذي يمتلكه الفرد في داخله، وعادة يتشكل هذا المفهوم ضمن سمات الشخصية ومكوناتها. ونستطيع ملاحظة التكوين العكسي في تعامل الأطفال في بعض المجتمعات عندما يلعب طفل مع طفلة وينجذب لها وتتكون لديه مشاعر حب لهذه الطفلة وان يلعب معها ولكن يخاف ان يذكر ذلك لطفل آخر صديق خوفاً من التهكم والسخرية او الإهانة، فيبدأ هذا الطفل في معاملة الطفلة بشكل عدواني غير مبرر. وربما أيضا يقنع نفسه بأنه فعلاً يكرهها. ومع عدم اختفاء الضغوط إذا لم يتم البوح بالمشاعر تضل المشاعر الحقيقية حبيسة ولهذا إذا لم تحل مسألة التكوين العكسي فربما تكون خطرة على الشخص المستخدم لهذه الحيلة. فالتكوين العكسي يستخدم عندما لا يريد الشخص الاعتراف بالحقيقة وهي التعبير عن الدوافع المستنكرة في شكل معاكس فإذا كان الفرد يشعر بكراهية لشخص ما، فقد يظهر مشاعر الود والحب تجاه هذا الشخص، وعادة ما ترجع أشكال متطرفة من السلوك إلى التكوين العكسي.

9. **الإعلاء (التسامي)** Sublimation

كثيراً ما يخفق المرء في إرضاء الدافع او إشباعه بطريقة مقبولة اجتماعياً، وغالباً ما يفقد هذا الدافع المحبط قوة المثير للتوتر إذا استبدل الهدف بهدف آخر قابل للتحقق بأفعال مقبولة اجتماعياً، وهذه الابدالات تسمى الإعلاء، أي التعبير عن الدافع المحبط بأسلوب يقبله المجتمع. ويعد التسامي من الحيل الدفاعية

المناسبة التي تجعل الفرد يحقق أكثر قدر من الاحترام والتقدير وبالتالي خفض مستوى القلق إلى أدنى حد ممكن، مثال ذلك المرأة التي تكون مطالبة بعمل رجيم فتظهر اهتمام بالرسم وترسم العديد من اللوحات الفنية الجميلة وقد يكون في معظمها رسوم للفواكه. او كالذي لا يشعر بالرضا في حياته الزوجية فيشغل نفسه بالتصليحات والإضافات في منزله مما يعني بأنه لا وقت لدية للعلاقات الاجتماعية. ويعد الدين أعلى درجة من التسامي حيث يستطيع الإنسان مواجهة الضغوط والوساوس والأفعال التسلطية المسيطرة عليه والتي لا يمكن مواجهتها بالاستعانة بآلية التسامي وذلك من خلال التمسك بالدين والذي يعني بالنسبة لتلك الحالات الإعلاء الناجح، وهو يتيح الطريق للتخلص من أحاسيس ومشاعر الإثم من خلال أداء الصلاة والتكفير عن الذنوب بدلاً من الطقوس عديمة المعنى. إن هذه الحيلة الدفاعية تخفف من شدة الصراعات والتوتر الداخلي لدى الإنسان من خلال تحويل تلك الأفكار والصراعات إلى مجالات مفيدة وسليمة ومقبولة اجتماعياً، كما أنها تمكن الفرد من الإبقاء على هذه الصراعات مكبوتة وبعيدة عن الوعي، فالتسامي هو الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتصعيدها إلى مستوى أعلى أو أسمى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً. وهو يعني الارتقاء او التسامي او التعالي بنزعات الفرد الغريزية العدوانية او الجنسية إلى اتجاه نافع ومفيد ومقبول من الذات والآخرين وصولا لنوع من التوافق الذاتي الداخلي- والتوافق الخارجي مع البيئة، وفي هذه العملية أيضا يحول الفرد دوافعه ورغباته غير المقبولة إلى مجالات مقبولة شخصيا واجتماعيا، وهي بهذا الشكل من أكثر العمليات النفسية انتشاراً بين الناس وفي كل المجتمعات الإنسانية ومن أمثلة استخدام ميكانيزم التسامي عند بعض الأفراد، هو إنتاجهم الأدبي او الفني التي ينتجونها وهي انعكاس لمظاهر التسامي من دوافع داخلية في النفس. فكثيرا ما تعبر هذه المظاهر على طبيعة هذه الدوافع ونوعها، فمثلا التسامي بالدوافع العدوانية تجاه الآخرين تتحول إلى العمل والتفوق في مجال الفن فيحدث نوع من إشباع للرغبة الجنسية المحرمة في شكل فن، فيعبر عنها الفرد في رسم

لوحات جميلة لجسم امرأة عارية جذابة وبالتالي تنجح الأنا في التوفيق، وهو في الحقيقة نوع من تشويه وتحريف للواقع ولكن يتضمن تخفيف لحدة التوتر النفسي المؤلم وحالات الضيق التي تنشأ نتيجة لاستمرار وجود الدفعات والشحنات وطلبها للإشباع، وإزاء ذلك يقول فرويد: ان المنبهات القوية الصادرة عن المصادر الجنسية المختلفة تنصرف وتستخدم في ميادين أخرى بحيث تؤدي الميول التي كانت خطرة في البداية إلى زيادة القدرات والنشاط النفسي زيادة ملحوظة، وترى وجهة النظر التحليلية النفسية ان تحليل شخصية الأفراد ذوي المواهب الفنية ليدلنا على العلاقات المتغيرة القائمة بين الخلق الفني والانحراف والعصاب.

10. **التعويض** Compensation

وهو يعني محاولة الفرد التغلب على نقطة الضعف في شخصيته او شعوره بالنقص، هذا النقص سواء كان حقيقيا أم متوهماً، جسميا او نفسيا او ماديا. والتعويض محاولة لا شعورية يهدف منها الارتفاع إلى المستوى الذي وضعه الإنسان لنفسه، فإذا ما شعر الفرد بالعجز في موقف معين فهو يميل نحو تعويض ذلك العجز والفشل إلى نجاح وتفوق في موقف آخر حتى يقلل من حدة التوتر الناتج عن حالة الإحباط التي يتعرض لها. ومن الأمثلة الواقعية في حياتنا اليومية حينما نشاهد ان الفشل في العلاقات الزوجية ربما يعوضه بعض الأفراد في النجاح في مواقف أخرى مثل العمل او التفوق المهني والعلمي وقد يبالغ البعض في التعويض عن عقدة النقص ليثبت تفوقه وتميزه في الموقف الذي اخفق او فشل فيه كنوع من الإبدال. ويرى فرويد في حيلة التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها. قد يدفع الشعور بالنقص صاحبه إلى التعويض عنه لدى بعض المشاهير الذين برزوا في ميادين الحياة المختلفة، فكانت عقدة النقص لدى هتلر وموسوليني وفرانكو وستالين الذين كانوا على شاكلة نابليون في قصر القامة، وانهم عمدوا إلى

تحصيل قوة الشخصية وجمع النفوذ السياسي في أيديهم بعد ان صعب عليهم ان يغيروا من تكوينهم الجسمي. ويفسر (ادلر) الاضطراب النفسي صورا من التعويض عن الشعور الدفين بالنقص والفشل في التفوق، او قد يدفع الشعور بالنقص إلى التعويض عنه كوسيلة لجلب الاهتمام من الآخرين او السيطرة على حياتهم من ناحية أخرى، وقد عانى ادلر من عقدة النقص وكتب المؤلفات العديدة عن علم النفس الفردي ومحاولات الفرد في تعويض عقدة النقص بالتفوق. ويقول ادلر ان كل الناس تعاني من الشعور بالنقص، ولهذا الشعور بالنقص له فوائد، فهو يدفع الفرد نحو العمل والتفوق. فهو يفسر التعويض انه عبارة عن مجموعة ردود أفعال يكون القصد منها الظهور بصفة ما بهدف التغطية على صفة أخرى لغرض مواجهة ذلك الشعور بالنقص الذي يمكن ان ينتهي إليه الشخص أمام ضعف او قصور داخلي او متخيل. والأكثر ان الصفة تظهر انها مقبولة وان تكون الأخرى تسعى إلى إخفائها غير مرغوب فيها. مثال: الفتاة التي تبدو غير جذابة تسعى إلى التعويض عن الشعور بالنقص الجسماني عبر التفوق الأكاديمي. او ما يقوم به الفاشل دراسياً من محاولات متكررة من أجل التفوق في مجال آخر غير التحصيل الدراسي كالمهارات المهنية مثلاً، فيتغلب بذلك على شعور ذاته بالقصور أو النقص في جانب التحصيل الدراسي، او الذي يعتقد ان شكله قبيح ولن يلقى القبول فيلجأ إلى الغناء والشعر او العزف ليحصل على ذلك القبول. او الذي لا يستطيع ان يؤدي دوره بالشكل المطلوب في عائلته فيقوم بدور آخر ويحاول ان يبرع فيه للتعويض عن النقص الأساسي الذي يشعر به . فالتعويض هو محاولة الفرد النجاح في ميدان لتعويض فشله أو عجزه الحقيقي أو المتخيل في ميدان آخر أشعره بالنقص (عبيد، 2008 : ص217-221).

11. **أحلام اليقظة (الخيال)** Fantasy:

التخيل أو الخيال جزء مهم من الحياة العقلية للإنسان، ويصدر الخيال من العمليات العقلية المعرفية المتمثلة في الإدراك، التفكير، التذكر، الانتباه،

النسيان... الخ وهو ينتمي إلى مجال التفكير حصراً ، ففي الخيال يستطيع الفرد أن يتجنب الشد والضغط الواقع عليه من البيئة الخارجية ، ويؤدي إلى تخفيض توتر بعض الدوافع من خلال تبديدها. إن الخيال يخفف عن الإنسان الكثير من الضغوط الواقعة عليه، ومن الممكن أن يصوغ الإنسان العديد من السيناريوهات في عقله وبها يجد العديد من الحلول إذا ما استخدمت استخداماً أمثل في الوصول إلى نتائج تحقق الراحة النفسية ، ولكنها تصبح حالة مرضية باستمرارها وتحويل الواقع إلى أحلام يقظة وتخيلات. لذلك لا بد أن تخضع إلى ضوابط ومحددات لعملها ، لاسيما أنها مكوّن أساسي في حياة الإنسان طفلاً أو راشداً ، سليماً كان أو مريضاً ، مستيقظاً كان أو حالماً أثناء نومه. وتخدم هذه العملية عمليات عقلية أخرى في إعانة الفرد على تحمل صراعاته النفسية والإبقاء عليها مقيدة بحيث لا تطغى على الوعي ولا تؤدي إلى انهيار التوازن النفسي الداخلي للفرد ، فالتخيل أو الخيال هو الرجوع إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز عن تحقيقه في الواقع، باستخدام أحلام اليقظة .

12. **الرمزية** Symbolization

الرمزية هي الحيلة التي يعدّ فيها الإنسان المؤثر الذي لا يحمل أي معنى عاطفي رمزاً لفكرة أو اتجاه لا شعوري مشحون بالعواطف وعادة ما يكون الرمز موجودا في البيئة ويمثل لدى الإنسان ما اختبئ من عواطفه ومشاعره، فقد يقتصر اهتمام شاب على ملابس السيدات رمزا لعاطفة لم يسمح لها بالتعبير وهي ميله نحو الجنس الآخر، وهذا سبيل لخفض التوتر رغم أنه غير كافٍ، فالرمزية هي تعد مثير لا يحمل أي معنى انفعالي رمزاً لفكرة أو اتجاه مشحون انفعالياً.

13. **العدوان** Aggression

هو رد فعل مباشر، يوجهه الفرد نحو الشخص او الشيء المتسبب في إعاقته عن تحقيق أهدافه، وذلك تخفيفاً لشعوره بالفشل، فالعامل الكسول المهمل الذي

حرم من المكافأة قد شعر بنوع من الإحباط ولدّ عنده العدوان، وفي رأيه ان المسئول عن ذلك هو رئيسه المباشر فيوجه هذا العدوان نحوه، ونظراً لان نتائج هذا السلوك قد تكون وخيمة الأثر على مستقبله، فانه يوجهه إلى الآلة ويعمل على تعطيلها مثلا، او يتلف خامات الأقمشة التي يستخدمها او قد يعتدي على بعض زملائه. (عويضة، 1996، ص46).

فيما سبق جرى الحديث عن الحيل الدفاعية اللاشعورية، لكن هل توجد حيل دفاعية شعورية؟

الحيل الدفاعية الشعورية

القمع (الكظم) Suppression

هو الضبط المقصود لدافع يعّد ظهوره خطراً على الفرد، وهو سلوك دفاعي له مكانة خاصة في الحياة الاجتماعية لأنه ينظر إليه على أساس انه رمز لقوة الإرادة وحسن الخلق وضبط الذات، كما انه من آليات الدفاع الواعية الشعورية التي يمارسها الفرد عن قصد إلى جانب عوامل لاشعورية تمنع الفرد من إظهار مشاعره الحقيقية مثل الخبرات في الطفولة او الخوف من العواقب، فالفرد الذي يشعر بالجوع في الشارع ولم يجد معه نقوداً لشراء الطعام يؤجل ذلك لفترة قصيرة حتى يعود إلى المنزل، أما الشخص الذي يرغب بالزواج بعد التخرج مباشرة قبل استكمال قدراته الاقتصادية قد يؤجل ذلك لعدة سنوات لحين توفير مايمكنه من الزواج. والكظم او القمع يختلف عن الكبت في ان القمع هو خضوع الفرد لمتطلبات المجتمع وهو عملية عقلية وشعورية تزداد قوة او ضعفاً وفقاً للظروف المحيطة بالفرد، ووفقاً لتماسكه واستقراره الداخلي. أما الكبت فهو عملية لا شعورية يلجأ إليها الفرد لكي يتخلص من المشاعر او الأحاسيس التي تسبب الشعور بالقلق او الضيق، ويكون مصدر الكبت قوة الضمير وتكوينه وبنيته.

الكف Inhibition

هو التوقف المفاجئ عن الاستمرار بفعالية معيّنة (نتيجة توتر شديد مفاجئ) تعقبه حركات مضطربة ثم يلي ذلك سلسلة من الحركات المنتظمة، وقد يكون الكف عضلياً او فكرياً، فعندما يواجه الفرد سيارة مسرعة، او يهجم عليه حيوان مفترس دون إنذار، قد يُشل عن الحركة لحظات قصيرة ثم يشرع بالهرب.

التثبيت Fixation

التثبيت هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النضج لا يتعداها عندما تكون مرحلة النمو التالية بمثابة تهديد خطير. ومن مظاهر التثبيت السلوك الانفعالي الطفلي الذي يصدر عن شاب، فعندما ينتقل الفرد من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى يواجه مواقف محبطة ومثيرة للقلق تعوق استمرار نموه بصفة مؤقتة على الأقل ويثبت في مرحلة معينة من مراحل نموه ويخاف الانتقال منها ويتخلى عن شرط سلوكي معين لإشباع حاجاته، لعدم تأكده من السلوك هل يستحق الإشباع أم لا؟ فالتثبيت هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة معيّنة من النضج لا يتعداها إلى مرحلة بعدها.

الانسحاب Withdrawal

الانسحاب هو من الأساليب الدفاعية المنتشرة جدا بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة وهو التجنب المباشر للناس أو مواقف التهديد، مثلاً ابتعاد الأطفال عن الالعاب الكهربائية الموجودة في الحدائق العامّة ورفضهم اللعب فيها رغم أنها من الألعاب التي يحبونها في المنزل قد يعزى ذلك لكون الطفل يشك بقدرته على استخدامها استخدام ناجح فينسحب، ولكن هذا الأسلوب الدفاعي واستخدامه عند الأطفال قد يؤثر في نموهم وتطورهم لأن الميل للانسحاب يزداد قوة في كل مرة يمارس فيها الطفل هذا الأسلوب. ومن هنا فإنّ رفض الطفل التعامل مع

المواقف الصعبة والتي تحتاج إلى التفكير والتفحص قد يؤدي إلى خوف الطفل من كل المشكلات و بالتالي لا يتعلم أن يتناول الأزمات التي سيمر فيها بمراحل نموه، ومن هنا علينا أن نمنع أطفالنا من استخدام هذا الأسلوب وندفعهم لأن يواجهوا مثل هذه المواقف الصعبة بالرفق واللين وبالتدخل غير المباشر في تفسير الموقف للطفل. مما يجعله يألف الأمر فلا يهابه، فالانسحاب هو الهروب والابتعاد عن عوائق إشباع الحاجات والدوافع وعن مصادر التوتر والقلق وعن مواقف الإحباط والصراع الشديد .

التعميم Generation

التعميم هو الحيلة التي يعمم بها الإنسان خبرته من تجربة سيئة على سائر التجارب المشابهة أو القريبة منها، وهو حيلة دفاعية لخفض التوتر تحاول تجنيب الإنسان الآلام التي عاشها من تجربته الأولى باجتناب كل المؤثرات المشابهة لها. وقد عبّر عن هذه الحيلة المثل القائل" إللي انقرص من الثعبان يخاف من الحبل " وفى التعميم يتم إبدال مؤثر مكان آخر، ويعمل التعميم بصورة متواترة في زمن الطفولة ثم يقل تأثيره مع الزمن. فالتعميم هو تعميم خبرة أو تجربة معينة على باقي التجارب والخبرات المتشابهة أو القريبة منها .

خلاصة القول:

ان ميكانزمات الدفاع حيل يمكن ان تكون شعورية ولاشعورية – في معظم الأحيان – يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من الإحباط والصراع والقلق، والمواقف الاجتماعية التي يشعر بها بالإحراج أو الخجل. ولا يختلف الفرويديون والسلوكيون كثيراً في النتيجة التي تؤدي إليها هذه الميكانزمات، فكلاهما يرى انها أساليب غير فعالة لا تحل الصراع إلا بشكل مؤقت، ولكنهم اختلفوا في تحليلها وبيان كيفية تكوينها، فقد أكد الفرويديون على أهمية العوامل الداخلية واللاشعورية في تشكيل هذه الميكانزمات، بينما أوضح السلوكيون

انها استجابات متعلمة معممة (عبيد، 2008 ،ص222). ومن خطرتها انها تشكل خطراً كبيراً على الفرد اذا اعتاد استخدامها، إذ تؤدي به إلى الوقوع في الاضطرابات المرضية، وتتكون لديه سمات الشخصية التجنبية Avoidance Personality أو الهروبية فهو بدلا من مواجهة الواقع عادة ما يلجأ الى وسيله تجنبيه أو هروبيه سواء كانت شعورية أو لاشعورية.

الشخصية السوية والشخصية المضطربة "اللاسوية"

الشخصية السوية الطبيعية من الناحية النفسية كما يقول(علي كمال) هي التي تتمثل فيها الخصائص التالية: من الناحية العاطفية ... عنده اقل ما يمكن من الصراعات العقلية، وله القابلية والرغبة المعقولة على العمل وفي مقدوره ان يحب أحدا غير نفسه. ومن ناحية السلوك ... له المقدرة على الوصول إلى البت بشؤونه الخاصة بدون عناء كبير او تأخر زائد. يحب عمله ولا يشعر بتعب إلا بما يتناسب مع الجهد، ولا يرغب في تغيير مستمر لنوعية عمله، ويجد ارتياحا في العلاقات الاجتماعية وفي الحياة الزوجية العائلية، ويتفهم الحاجات العاطفية ووجهات نظر الآخرين فيها، ويتجاوب معها. ومن الناحية الجسمية ... خلوه من الشكوى ومن الأعراض الجسمية والنفسية التي لاترد لأسباب عضوية المنشأ.

ان معايير الشخصية السوية ربما توجد في كل الناس بنسب متفاوتة وتتراوح بين الدرجات العليا وبين الدرجات المتوسطة، فخلو الشخصية من أعراض الأمراض النفسية والانحرافات موجودة لدى معظم الناس بصورة طبيعية وبدرجات مختلفة. وكذلك الحال بالنسبة للشكوى الجسمية وأعراضها على اختلاف أنواعها، ويمكن ان تعد مظهرا طبيعيا لتفاعل الإمكانيات النفسية مع الإمكانيات الجسمية للفرد، وهي دليل على التكامل والارتباط الوثيق وهكذا يمكننا وصف الشخصية السوية "الطبيعية" على أساس متصل آخر هو تفاعلها مع البيئة وبوساطتها، فنصفها على أساس قدرتها على البناء والالتحام والرغبة في الحياة.

الشخصية اللاسوية "المضطربة"

ان كل إنسان يكون في حقيقة الأمر في حالة مستمرة من الصراع الكامن، مع العلم الواقعي من جانب ومع قواه الذاتية الداخلية من جانب آخر، طالما كان عليه ان يواجه دوماً الإحباط ويتحمله والكف يغالبه. ان الحل المنسق لهذه الصراعات الداخلية والخارجية أمر يتعلق بشخصيته ولكل فرد، أسلوبه الشخصي المميز في مواجهة الإحباط السوي. وتؤكد الدراسات النفسية بان خلو الفرد من مظاهر السلوك غير الطبيعية وخلو شعوره من التحسس بأي اضطراب او صراع نفسي وعدم شكواه من الأعراض المرضية النفسية والجسمية، لا يكفي برهانا على عدم إصابته بخلل او اضطراب نفسي، فقد أثبتت الوقائع النفسية وجود اضطراب نفسي او خلل في السلوك او في التوازن كما تقيسها الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة الموضوعية او الإسقاطية. ان سلوك الفرد وتعامله وتصرفاته في ظروف خاصة او غير طبيعية كما يحدث عبد بعض الناس عندما يتعاطون المخدرات او الكحول او العقاقير المهلوسة او تحت ظرف ضغط مفاجئ او طارئ.

فالشخصية اللاسوية إزاء ذلك، ما هي إلا اضطراب في السلوك ناشئ عن فشل الفرد نفسه في التوافق مع نفسه ومع البيئة المحيطة به، وهو عبارة عن تعبير عن مشكلات نفسية وانفعالية ومحاولات فاشلة للتوافق مع التوترات وحل الأزمات الناتجة عن الصراعات الداخلية، ولكنه يفشل في إيجاد الحلول المناسبة.

ان الاضطراب في الشخصية ما هو إلا إبراز لصفات خفية كانت موجودة بدرجة محدودة ومقبولة ومحدودة كمظاهر متعددة للسواء، وإذا أردنا فهم الشخصية المضطربة (اللاسوية) لابد ان أول ما تميزه في اضطراب الشخصية هو عدم التوافق بين الشخص وبيئته، يضطرب تكيفه نتيجة لرفض الآخرين له.

ان ما يميز اضطراب الشخصية أيضا هو نتاجها عن تراكم طويل للخبرات، واندماجها مع الاستعدادات الشخصية السابقة لها، فهي لهذا ليست

اضطرابات محدودة او حادة او حديثة ولكنها موجودة على أية حال، وهي تمثل انتقالا من طريقة معينة في التكيف إلى طريقة أخرى، وكل الطرق التي تختارها قد لا تكون سوية او تحمل سمات الاضطراب في العلاقة بالآخرين او في التعامل او مع البيئة، وهو توضيح واف لاضطراب الشخصية. وان اضطراب الشخصية يختلف تماما عن المرض، فالمرض النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية، وعادة تكون الأسباب النفسية هي الجوهرية فيه، ويبدو في صورة أعراض مختلفة نفسية وجسمية تعوق التوافق المرن للفرد فيسلك بطريقة لا تناسب الموقف الذي يمر به او يخبره، هدفه حل أزمة نفسية مستعصية بطريقة شاذة، أما السلوك المرضي فهو سلوك عابر غير مقيم، ولكن يأخذ شكل الاضطرابات الذي يغلب على سلوك الفرد، فيكون سلوكاً أما هستيريا، او وسواسيا، او شكاكا او قلقا لدى الشخص العادي، وهو يختلف بالفعل عن سلوك المريض.

الفصل الخامس

العوامل الأساسية في التكيف



القلق
نشأة القلق
أنواع القلق
أولاً: القلق الموضوعي Objective Anxiety
ثانياً: القلق العصابي Neurotic Anxiety
ثالثاً: القلق الخلقي Moral Anxiety
أعراض القلق
تعليم الأطفال كيفية التعامل مع القلق
قلق المستقبل Future Anxiety
سمة القلق وحالة القلق
القلق الضروري والقلق المرضي
الإحباط
العوائق المسببة للإحباط
نظرية الإحباط والعدوان
انعكاسات الاحباط على الفرد
الصراع
مميزات الصراع النفسي
أنواع الصراع النفسي

5

الفصل الخامس

العوامل الأساسية في التكيف

القلق Anxiety

صاحب القلق الإنسان منذ بداية وجوده، نتيجة ما كان يواجهه من الجوع والمرض والأخطار الطبيعة وكوارثها وويلات الحروب والنزاعات، في صراعه من أجل الحياة(البقاء). ولا يوجد فرد على سطح لم يخالج شعوره شيء من القلق، لان ((كل البشر يعانون منه والذي يعبرون عنه كل منهم بشكل متفرد)) (الن، 2010، ص709). وقد زاد حجم ما يواجهه الفرد من قلق وما يتركه من تأثيرا سلبية على حياة الافراد بسبب الزيادة المستمرة بتعقد الحياة اذ في هذا العصر أصبح الإنسان يواجه ظروفاً أكثر شدّة وتعقيداً نتيجة السرعة المذهلة للتقدم التكنولوجي والصناعي في جميع المجالات، ومنها المجالات العسكرية وتطور الأسلحة المدمرة، والتهديد باستخدام الأسلحة النووية في الصراعات والحروب، فضلاً عن سرعة التغيير الاجتماعي والتفكك العائلي بمختلف أشكاله وزيادة أعباء الحياة ومتطلباتها. وإن نسبة عالية من الناس أصبحوا يعانون من الأمراض العضوية وحالات خطيرة كالجلطة الدماغية والجلطة القلبية وقرحة المعدة والقولون العصبي نتيجة الضغوط الحياتية وتعرضهم إلى القلق باستمرار (عثمان، 2001، ص 13) فعلى صعيد حياة الفرد اليومية، فإن الموظف أو العامل الذي يواجه تهديداً في عمله واستقراره وأمنه وتأمين حياة أسرته، سيتعرض إلى حالة القلق. مثلما يتعرض له الطالب الذي يوشك أن يدخل الامتحان أو ينتظر نتيجة مسعاه، والرياضي الذي يتهيأ للمنافسة، والزوج الذي يشرف على انفصام رابطته الاجتماعية، والإنسان الذي يفقد أحد من أحبائه. فإن تلك المواقف كلها تبعث على القلق (شيهان، 1988، ص9-10) فالقلق هو حالة أساسية يتعرض له الإنسان في كل زمان ومكان، ومثلما هناك حالات من الهدوء والسكينة والطمأنينة في

حياة الفرد، هناك حالات القلق و الخوف والانقباض والضيق والكرب والحزن والأسى وغير ذلك من الانفعالات السلبية. ولكل منها مثيرات لمسببة له.

ولهذا يمكن القول ان القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الضيق والألم. والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو دائما متشائما وهو يشك في كل ما يحيط به ويخشى من أن يصيبه الضرر، ويبدو الشخص القلق متوتر الأعصاب مضطربا فالصوت الضعيف يزعجه والحركة البسيطة تثيره وهو يميل أحيانا إلى تأويل ما يدور حوله تأويلات مزعجة.

والشخص القلق الذي يفقد الثقة بنفسه ويبدو متردداً عاجزاً عن البت في الأمور وهو يفقد القدرة على تركيز الذهن ولذلك يصعب عليه أحياننا ان يفهم ما يدور حوله فهماً واضحاً.(الأنصاري، محمود، 2007، ص18).

ويتضمن التوقع تهديدا داخلياً أو خارجياً للشخصية وربما يكون مبالغ فيه أو لا أساس له من الصحة)الأمارة، 2005) والقلق هو انفعال غير سار، وشعور بتهديد وعدم الراحة والاستقرار، وهو كذلك إحساس بالتوتر والشدّ وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية (عبد الخالق، 1987، ص(27 ولا يمكن ملاحظة القلق مهما كانت شدته أو نوعه، وإنما يمكن الاستدلال عليه من خلال مظاهر ترتبط بمفهومه فعندما يتصف فرد ما بالقلق، فهو يعبر به عن استعداده في تقديم استجابة سلوكية تتميز بالثبات النفسي عبر المواقف المثيرة والتي لا تظهر لدى الأفراد الآخرين بنفس الحدة إذا ما تعرضوا لنفس المواقف. ويحول القلق في حالاته الشديدة حياة الفرد إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتوافق البنّاء والفرد عندما يشعر بقلق حول المستقبل، فإنه يشعر بالعجز تجاهه. ويرى سليكَمان Seligmanإن هذا الشعور بالعجز الذي يطلق عليه "العجز المكتسب بالتعلّم"، يرتبط مباشرة بالاكتئاب (Foss, 2007) .

تعد المواقف التي تهدد كيان الفرد بأنها مصدرا" من مصادر القلق فالصراعات والإحباط والرهبة والخشية من الفشل كلها تولد ضغوطا للفرد. فضلا عن التهديد بالإيذاء الجسدي وتهديد احترام الذات والضغوط الناجحة عن توقع الانجاز بشكل اكبر مما تسمح به قدرات الفرد ان هذه جميعا" تعد مصادر ممكنة للقلق.

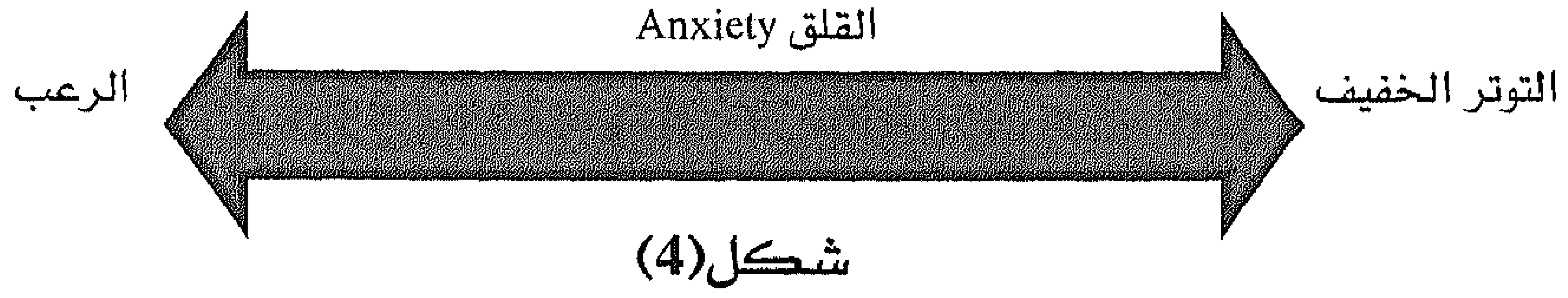
إذا يعني القلق المشاعر غير السارة التي تتميز بالهم والخشية والفزع والرهبة والخوف التي يستشعرها الفرد في وقت ما من حياته وبدرجات مختلفة لذلك يعرف القلق على انه (انفعال يتميز بالشعور بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبي السمبثاوي) او (هو الخوف من خطر او الم او عقاب يتحمل ان يحدث أو لايحدث، كخوف المجرم من افتضاح أمره .. وخوف المريض من الموت).

وعرفه (مسرمان): انه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف).

والقلق انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف في نواحي منها السيكولوجية وهي:

من التعريفات المعجمية للخوف انه ادراك مريع لشيء يحتمل ان يضر أو يؤذي... الخ. ويعرف معجم اخر القلق بانه احتما ان يحدث شيء ما مرهوب أو غير مرغوب. مما يعني ان الخوف هو تقدير خطر فعلي أو ممكن، اما القلق فانه حالة انفعالية متوترة، توسم بنعوت مثل: متوتر، عصبي، مروع، مرتعد داخليا.

الخوف Fear مشتق من كلمة انكليزية قديمة تعني النكبة المفاجئة، بينما القلق يمثل متصلا Continuumيمتد من التوترالخفيف عند احد اطرفيه حتى الرعب Terror عند الطرف الآخر(كما موضح في شكل/4)، (بيك، 2000، ص 151).



شكل(4)

يوضح درجة (مستوى) القلق

ان موضوع الخوف يسهل تحديده أما موضوع القلق غالبا" ما يكون غير واضح.

شدة الخوف تتناسب مع ضخامة الخطر أما شدة القلق غالبا" اكبر من الخطر الموضوعي.

ان الخوف يثيره موقف خطر مباشر أمام الفرد فيظهر بالفعل كالخوف من سيارة مسرعة جدا" او من ثعبان او عقرب أي يكون مصدره خارجي.

ان القلق يدوم أكثر من الخوف، وذلك لان الخوف متى انطلق في سلوك مناسب استعاد الفرد توازنه وزال خوفه أما القلق فيبقى ويكون داخلي. لذلك قد توجد للفرد فكرة عن أسباب قلقه ولكنه لا يستطيع ان يحدد العوامل المؤثرة فيه. فالفرد الخائف يعرف في العادة مصدر خوفه ولكن الفرد القلق لا يعرف دوما" مصدر قلقه. كما توجد هنالك فروق من الناحية الفسيولوجية وهي:

في الخوف الشديد يلاحظ نقص في ضغط الدم وضربات القلب أما في القلق الشديد يلاحظ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب.

في الخوف يلاحظ ارتخاء العضلات مما يؤدي في بعض الأحيان إلى حاله من فقدان الوعي والإغماء. أما في القلق يلاحظ توتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة.

نشأة القلق :

العوامل المسببة له :

أ .العوامل المهددة وهي:

1. الاستعداد الوراثي.
2. المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة من جراء مرض أو اختناق.
3. فقدان الأم في مرحلة مبكرة أو القسوة في المعاملة.

ب .العوامل المعجلة (المباشرة)

1 .مصادر الخطر والإحباط عائلية كانت أم مالية أو مهنية أو جنسية .

2. المواقف التي تسبب توتراً نفسياً شديداً مثل الاستعداد للامتحان. ويختلف عصاب القلق عن عصاب الهستيريا والوساوس في أنه محاولة خائبة وليس مجرد محاولة جادة لتجنب القلق وخفضه فيهذين العصابين يخففان حدة القلق بفضل الأعراض والحيل الدفاعية التي يصطنعها المريض. أما في عصاب القلق فتزداد وطأة بدلاً من أن تنكسر شوكته لذا كأنه عصاب القلق من اساليب التوافق الخاطئة(الأنصاري، 2007، ص146).

3. أو ينشأ القلق أما (استجابة لمثير) محدد إذ تسمى هذه الحالة بالخواف(الفوبيا Phobia) إذ يكون في هذه الحالة المريض فزعا" إلى حد كبير من بعض الموضوعات او المواقف دون ان يفهم السبب من خوفه، فكثيرا" من المرض يفزعون من القطط والكلاب او المباني المرتفعة او الأماكن المغلقة او المفتوحة وغيرها. لذلك فأن أنواع الخواف تسمى حسب المثير لها. فمن أنواع الخواف حسب المثير:

الخوف من الحيوانات Zoo phobia

الخوف من المرتفعات Acro phobia

الخوف من الأماكن المغلقة Cloustro phobia

الخوف من الأماكن المفتوحة Agora phobia

الخوف من البرق Astro phobia

الخوف من الرعد Pronto phobia

الخوف من الظلام Nycto phobia

الخوف من النار Pyro phobia

كما يوجد هنالك نوع آخر من الخوف، هو خوف البعد او الابتعاد إذ يشعر الشخص المصاب به في الخوف من الابتعاد عن بيته او مقر عمله وقد يرجع ذلك إلى واقعه حدثت له في طفولة أثناء تجواله بعيدا" عن بيته، مما يؤدي إلى ظهورها في معظم مرحلة الرشد في حياته وقد تصل به الحالة حتى يبلغ الشيخوخة في بعض الأحيان. او يكون (استجابة للقلق) إذ تكون حالة عامة من الخشية والفزع وانشغال البال. إذ تتخذ صورة التوتر المزمن او نوبات القلق المتقطعة. ولكن المريض لا يعرف المصدر المسبب لهذا القلق وقد يعجز ان يرجعه إلى أي سبب من الأسباب.

أنواع القلق

يقسم فرويد القلق إلى ثلاثة أنواع هي:

القلق الموضوعي Objective Anxiety

القلق العصابي Neurotic Anxiety

القلق الخلقي Moral Anxiety

أولاً: القلق الموضوعي Objective Anxiety

حينما يدرك الفرد ان مصدر القلق خارج عن نفسه نقول انه يعاني من قلق موضوعي. والقلق الموضوعي عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو أذى يتوقعه الشخص ويراه قادماً. ومن أمثلة على ذلك قلقنا عن شخص عزيز مصاب بمرض خطير، وخوف التاجر من الإفلاس هنا يكون مصدر القلق خارجياً ويكون للخوف ما يبرره. فهو استجابة واقعية للخطر المدرك والناجم عن البيئة. إذ يعد رد فعل لإدراك خطر خارجي او لأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدما" وهذا المفهوم يوازي مفهوم الخوف.

مثال: ذلك البحار عندما يرى سحابة سوداء في الأفق فيشعر بسببها بالفزع لانها تدل على إعصار سوف يحدث عما بعد، وقد سمي هذا القلق بالواقعي او القلق الصحي او القلق السوي. وهو اقرب إلى الخوف لان مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب. فالفرد مثلا" يشعر بالخوف (القلق) إذا اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق.

او مثال ذلك الطالب اللامبالي الكسول الذي أنهى عامه الدراسي في التغيب عن المحاضرات لقضاء وقته في اللعب واللامبالاة وبعيد عن الدراسة انه يشعر بالقلق عندما يقترب موعد الامتحان إذ يرتبط مصدر القلق في هذه الحالة بالعالم الخارجي.

ثانيا" : القلق العصابي Neurotic Anxiety

هو ذلك القلق الناجم عن صراع لا شعوري داخل الفرد لا يكون الفرد عادة على وعي بأسبابه. أي ان الفرد لا يدرك مصدره او علته وكل ما هنالك انه يشعر بحاله من الخوف الغامض المنتشر غير المحدد، قلق داخلي المصدر لكن الفرد لا يعرف له أصلاً ولا يستطيع أن يجد له مبرراً موضوعياً أو سبباً صريحاً. فهو خوف أسبابه لاشعورية مكبوتة ويرى فرويد أن القلق العصابي يظهر في صور ثلاثة:

في صورة قلق عام :

إذ يمثل أدنى صورة للقلق لانه غير مرتبط في أي موضوع محدد. وكل ما هنالك هو ان الفرد يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر" العام "غير المحدد ولذلك يعرف القلق العصابي على انه (عدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر والشعور من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة).

المخاوف المرضية

هي إدراك بعض الموضوعات او المواقف كونها مثيرات للقلق مثلا" الخوف عند بعض الأفراد عند رؤية منظر الدم. وتكون شدة الخوف او القلق لا تتناسب إطلاقا" مع الخطر المتوقع من الموقف. وهذا النوع يقصد به كمرض نفسي إذ يكون داخلي المصدر لا يمكن تجنبه او تجنب مصدره وتكون دوافعه مكبوتة وأسبابه لا شعورية إذ يكون نتاج الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في (الهو id) وبين قوى الكبت في (الآن Ego).

في صورة تهديد

يظهر في صورة قلق مصاحب للأمراض النفسية كالهستيريا ، ان الشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بالقلق خوفا" من توقع حدوث الحالة المرضية وهذا يجعله في حاله تهديد مستمر(الأنصاري و محمود ، 2007م، ص19).

يعد القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في أي مجتمع والبعض يقول إن الحضارة الحديثة مسئولة عن كثرة حالات الإصابة بالقلق في المجتمع. فمن المؤكد أن الشعوب القديمة عرفت الحرب والمجاعات. ومع ذلك فإن ربط القلق بالحضارة له أسبابه المعقولة. إذ أن الحضارة الحديثة تتميز بتعقد أساليب الحياة وسرعة تغير ظروف المجتمع. والتفكك الأسري.

والقلق قد يكون مصاحباً لأمراض مثل:

1. الأمراض العصابية (مثلاً الهستيريا).

2. الأمراض الذهانية(مثلاً الاضطراب الاكتئابي).

3. الأمـراض العضـوية (مـثلاً أمـراض زيـادة إفـراز الغـدة الفـوق الكلويـة) (كمال، 1988 ، ص54).

ثالثا" : القلق الخلقي Moral Anxiety

ينشـأ القلـق الخلقـي نتيجـة لإحبـاط دوافـع الـذات العليـا. فالإنسـان يخـاف ضميره حين يهم بالقيام بعمل غير مشروع، أو يخاف من انطلاق دوافعه المحظورة، الجنسية والعدوانية، حين تلح على الإشباع، لكن الإنسان لا يستطيع أن يهرب من نفسه وهنا يثور القلق في هذه الحالة من الإنذار بالخطر لوجود دافع محظور كان في الماضي مصدر للألم والعقاب يوشك أن ينطلق ليتخذ طريقه إلى الإشباع.

ويكون هذا النوع نتيجة الإحساس بالذنب او الشعور بالإثم ويحدث نتيجة لإحباط دوافع الذات العليا، ويكون الإحساس بالذنب شأنه شأن القلق العصابي أي يمكن ان يحدث في صور مختلفة، منها قلق عام متشعب دون وعي بالظروف، او صورة مخاوف مرضية، او صورة قلق متعلق بأعراض العصاب نفسها.

أعراض القلق

قـد يكـون القلـق النفسـي حـاداً Acute ، أو مزمنـاً Chronic. في الحـالات الحادة قد تكون الإصابة في صورة هلع وفي هذه الحالات يصبح المريض في حالة حركة مستمرة فهو يقف ثم يجلس ثم يمشي وهكذا. ومعظم هؤلاء المرضى يعانون من التعب بعد أقل جهد ولا يستطيعون أداء أعمالهم بطريقة مقبولة، وعند الكشف على المريض قد يجد الطبيب علامات المرض في كل من الجانب النفسي والجانب الجسمي، فهو حالة الاضطراب التي تظهر جلية بتأثيرها العام الجسمي والنفسي وهي على النحو الآتي:

الأعراض السيكولوجية (النفسية): وتتمثل هذه في الخوف الشديد توقع الأذى والمصائب، الحساسية المفرطة وسرعة الاستثارة، عدم الثقة بالنفس،

وفقدان الطمأنينة، الرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة التشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي، التردد في اتخاذ القرار، عدم القدرة على تركيز. استمرار هذه الأعراض قد تؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الانجاز والعمل وسوء التوافق الاجتماعي والمهني.

الأعراض الفسيولوجية (الجسمية): من هذه الأعراض ارتعاش اليدين، برودة الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات معدية ومعوية، سرعة ضربات القلب، النشاط الحركي الزائد، اضطرابات في النوم، اضطرابات في التنفس، فقدان الشهية عن الطعام، اتساع حدقة العين، نوبات التنهد والشعور بضيق الصدر، قضم الأظافر، تقطب الوجه، هز الرأس. وهناك أعراض أخرى تظهر في الاضطرابات الجنسية في الجهاز التناسلي: القذف المبكر والارتخاء (في الانتصاب) عند الرجل واضطرابات الطمث عند المرأة.واضطرابات في عملية الإخراج وكثرة التبول (كمال، 1988، ص54-56).

تعليم الأطفال كيفية التعامل مع القلق

ثمة أمر يجب أن يتعلمه الأطفال، علينا جميعاً أن نكون مستعدين لمواجهة الصعوبات والتغلب عليها. إنه من السهل جداً أن نعلم الطفل على اتخاذ موقف شجاع إذا عاش وترعرع وسط بيئة شجاعة بطبعها أسهل من ذلك الطفل الذي ولد جباناً في بيئة شجاعة، مع التسليم بأن أن هناك بعض الأطفال أكثر شجاعة من الآخرين، والشجاعة التي تقصده هنا هي الأخلاق واستخدام العقل والتفكير واسترجاع المعلومات في حل المشكلات، وليس الاعتماد على روح العداوة والاعتداء على الآخرين بالضرب أو بالكلام غير السوي، لابد أن نتذكر أن التشبه بالوالدين أمر مهم لدى الطفل لأنه يتأثر كثيراً بمواقفهم. فإذا رأي الطفل أن والديه على أهبة الاستعداد لمواجهة المواقف المرعبة فإنه غالباً ما يكون جاهزاً لفعل نفس الأمر ويجب على والديه تحفيزه وتشجيعه عند قيامه بهذا العمل، وغير الممكن أن نطلب من أولادنا في كل الأوقات أن يفعلوا شيئاً فوق استطاعتهم، إن

الطفل يحتاج إلى مساعدة أثناء مواجهته للقلق أو الخوف، إن الأطفال والكبار أكثر ما يظهر خوفهم حين يتعرضون إلى المرض أو التعب الشديد أو عند الإصابة بالاضطرابات النفسية أو السلوكية.

وقد أشار بعض علماء النفس إلى أن تعرض الفرد لبعض المواقف التي تحدث ضغوطاً شديدة عليه تساعد على إصابة الفرد بعصاب القلق. وهي خمسة عوامل تكون عادةً شائعة في معظم حالات القلق وهي:

وجود تهديد لأهداف الفرد المهمة أو لمركزه الاجتماعي.

خطر ظهور رغبات الفرد غير المقبولة المكبوتة.

الشعور بالذنب والخوف من العقاب.

التعرض مرة أخرى لخبرات مؤلمة شبيهة بخبرات مؤلمة سابقة تعرض لها الفرد من قبل وخاصة أثناء مرحلة الطفولة.

مواقف اتخاذ قرارات مهمة وخطيرة (زغير وصالح، 2010م، ص132).

واخيرا يستشهد العالم النفسي الشهير (ديل كارنجي: مؤلف الكتاب الشهير ((دع القلق وابدأ الحياة)) بنصوص العلماء متخصصين حول طائفة من الأمراض الجسمية التي يمكن أن تنبع من القلق والاضطراب.

وها أنا أنقل لكم نموذجاً من ذلك:

لقد أمضيت إجازتي قبل بضعة أعوام في ولاية تكساس بصحبة الدكتور(كوبر) رئيس مصلحة السكك الحديدية في (سانتافيا). وفي يوم من الأيام كنا نتحدث عن القلق فقال صديقي إن(70٪) من المرضى الذين يراجعون الأطباء لو استطاعوا أن ينقذوا أنفسهم من قبضت الخوف والقلق فإنهم يستطيعون معالجة أنفسهم بأنفسهم. مثال على ذلك يمكن علاج بعض أنواع القرحة المعدية وعسر الهضم العصبي والاضطرابات القلبية والأرق وبعض أنواع الصداع بتهدئة الوضع الروحي للمريض.

يقول الدكتور (جوزيف مونتاكو) مؤلف كتاب (الأختلالات العصبية للمعدة): ليس ما تأكلونه سبباً في ظهور قرحة المعدة بل إن ما يأكلكم - هو القلق. هو الذي يؤدي إلى نشوء هذه القرحة.

إن القلق والاضطراب الفكري من أعظم عوامل التعاسة والشقاء في حياة الإنسان وإن الشخص الذي يشكو قلقاً على أثر احباط أو خوف أو حقارة او فشل أو ضعف أو عجز او جهل ويتألم لذلك. لو لم يفكر في علاج نفسه فإن الحياة تصبح بالنسبة له جحيماً لا يطاق وبالتالي يصاب بعوارض مختلفة.

قلق المستقبل Future Anxiety

هو حالة انفعالية مؤلمة تحصل لدى الفرد وتظهر على شكل شعور بالاضطراب تجاه موضوعات تتعلق بمستقبل حياته والتي تتجسد في المجالات الاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية، والصحية، والأسرية، والدراسية (العزاوي، 2002، ص10). وتأتي اهمية الحديث عن قلق المستقبل فيما يترتب عليه من نتائج سلبية على الصحة النفسية للفرد، فنرى على سبيل المثال الكثير من الافراد سواء كانوا طلبة أم لا دائمي التفكير بالمستقبل مع العلم انهم لم يسلوا انفسهم هل سيصلون الى ذلك المستقبل ام لا؟ وهل ان ما يتوقعونه سيحدث أم لا؟ وربما بالتأكيد سوف لن يحدث، وان حدث ربما لايحدث بذلك القدر من الضرر الذي قد يتوقعونه. والمشكلة تصل بهم ان هذه التوقعات السلبية هي من القوة والرسوخ بحيث لاتزعزعها حتى الخبرات الناجحة (بيك، 2000، ص123)، وهولاء الافراد سيصابون بالكآبة بسبب نظرتهم التشاؤمية للمستقبل، فهم افراد يعيشون مستقبلهم الذي لم ياتي بعد أكثر منهم افراد يعيشون حاضرهم لحظة لحظة وقد حرموا انفسهم متعة الحياة.

ولا ينشأ القلق من ماضي الفرد وإنما هو خوف من المستقبل وما يحمله من أحداث تهدّد وجود الفرد أو سلامته وراحته. فالقلق ينجم من الخوف بشأن أمور يتوقع الفرد حدوثها في المستقبل.

وقلق المستقبل يمكن تصوّره كحالة من الغموض والتخوف والهلع والاكتراث، بشأن تغييرات متوقعة الحدوث في المستقبل الشخصي البعيد أو توقّع حدوث أمر سيء، كأن تقلق الفتاة بشأن نجاحها في أن تكون أُمّاً جيدة في المستقبل. فقلق المستقبل يُعدُّ حالة انفعالية تتسم بالخشية والترقب من حدوث أمر غير سار. سيحدث في المستقبل، مع الإحساس بالتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية.ويتزايد اهتمام الطلبة بمستقبلهم الدراسي والمهني، وهذا ما أكدته الدراسات السابقةمن انه توجد بين الشباب المراهقين مشكلات اكثر الحاحاً من سواها، وهي التفكير في مجال العمل المدرسي والمستقبل المهني، فتزداد طموحات الطلبة في الالتحاق بالكلية وفي التخصص الذي يحقق أهدافهم المستقبلية. وأن الطلبة الذين يلتحقون بالكلية التي لا ترضي طموحاتهم وتطلعاتهم، ولا تتفق مع ميولهم واستعداداتهم يقل دافعهم نحو الدراسة ، لذا فضلوا الاتجاه إلى ميادين العمل الحر على إكمال دراستهم، وقد أدى كل ذلك إلى زيادة توترهم وقلقهم على مستقبلهم(العزاوي، 2002، ص5).

وهناك عوامل رئيسة أخرى لا يمكن تجاهلها ولها دورها الواضح في حدوث القلق ومن أهمها:

العامل الوراثي: تؤكد بعض الدراسات بأن العامل الوراثي ربما يكون أحد عوامل الاستعداد للقلق، حيث وجدت بأن القلق يوجد بنسبة (50٪) بين التوائم المتشابهة.

العامل النفسي: لخصائص الفرد النفسية دور في ظهور القلق، فالذي يشعر بالخوف والتهديد أو بالذنب أو اليأس أو لديه التوتر النفسي، سيكون أكثر استعدادا للقلق من غيره من الأشخاص.

العوامل الاجتماعية: للعوامل الاجتماعية دور هام لظهور القلق، فمن المشاكل والخلافات الأسرية، وأساليب التعامل القاسية من الأبوين، وضعف

التوافق الاجتماعي، إلى الفشل في الزواج أو في مجال الدراسة أو العمل، من شأنها زيادة الاستعداد لظهور القلق(تونسي، 2002، ص 37 -38).

سمة القلق وحالة القلق State Anxiety and Trait Anxiety

حالة القلق هي: حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يتعرض إلى موقف يرى فيه تهديداً، وتزول الحالة مع زوال التهديد. وأن حالة القلق عابرة في مجرى حياة الفرد. ويرى اخرون ان حالة القلق على إنها إحساس بالتوتر والتخوف التي يشعر بها الفرد باستمرار. وحالة القلق إلى استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج.

أما سمة القلق فهي سمة ثابتة نسبياً للشخصية وتدل على استعداد سلوكي كامن للقلق وسمة القلق فتدل على فروق ثابتة نسبيا بين الناس في تهيؤهم لإدراك العالم بطريقة معينة وفي ميلهم إلى الاستجابة للمواقف العصبية بأسلوب خاص، بينما يرى اخرون ان والسمة تشير إلى استقرار السلوك، وعلى إن سمة وحالة القلق ترتبطان مع بعضهما ارتباطا موجباً على العموم، فالأشخاص الذين لديهم سمة القلق عالية يميلون إلى حالة قلق أعلى مما لدى ذوي سمة القلق الواطئة .(Deary, 1998, PP. 70-71, 233 & Matthews)

ويشير صالح(1995) إلى سمة القلق بأنها "الاختلافات الفردية المستقرة نسبياً بخصوص القلق، الناتجة عن الاستعدادات لإدراك مدى واسع من المواقف المثيرة بكونها خطر أو تهديد، والنزعة نحو الاستجابة لها" (الربيعي، 1997، ص(20.وسمة القلق تشير إلى استعداد ثابت نسبياً للقلق لدى الفرد.

واخيرا يمكن توضيح العلاقة بين سمة القلق وحالة القلق بأن سمة القلق هو الاستعداد للقلق يكمن داخل الفرد وعند إثارته بمثيرات مهددة تبرز كحالة قلق (عبد الخالق، 1987، ص 29).

القلق الضروري والقلق المرضي

هل فعلا يوجد شيء كهذا؟

تثير فكرة غرضية القلق (بوصفه حافزا لاستجابات الطوارئ ومحركا لجهاز البقاء) اسئلة اخرى مثل: لماذا ننسب مثل هذه الوظائف التكيفية لاحد الانفعالات (القلق) دون غيره من الانفعالات الاخرى مثل الحزن أو الفرح؟ صحيح ان كل الانفعالات تضيف ابعادا للخبرة البشرية، غير اننا في حالتنا المعرفية نرى ان من يسبغ على القلق وظائف صحية هو أشبه بمن يجعل من المحنة فضيلة. لكن يوجد من لديه رأي مختلف عن ذلك وله ما يبرر ذلك اذا يرى بان القلق بصفة عامة قلقا سويا حين يكون استجابة لخطر قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر. ويعد قلقا مرضيا اذا تجاوز كثيرا حجم الخطر الحقيقي أو اذا لم يكن يوجد خطر خارجي فعلي. غير ان وضع حد دقيق يفصل بين القلق السوي والقلق المرضي هو مهمة صعبة وتعتمد الى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية(بيك، 2000، ص150,156).

ولكن في مجال الحياة اليومية للبشر نرى كثير من الامثلة التي تؤيد الرأي الذي يسبغ وجود غرضية للقلق، على سبيل المثال نرى ان شيء من القلق مطلوب في الامتحان حتى يقوم الطالب بما مطلوب منه عند القراءة للامتحان، ومثال اخر نرى ان قليل من القلق مطلوب لكي يكون الفرد حذرا عند التعامل مع الكهرباء، وغيرها من الامثلة ومنها، لابد من الحذر عند عبور الشارع.

الإحباط Frustration

البؤس في حد ذاته لا يحرك الناس بل هو الشعور بالبؤس. وبعبارة اخرى: ليس المهم هو الموقف الخارجي بل كيفية ادراك الفرد له وشعوره وتأويله اياه.

في حالة عدم إشباع الفرد لحاجة من حاجته او يعجز عن حل مشكلة من مشكلاته فأن هذا الفشل ينتج عنه شعور غير سار أو مؤلم يزعجه ويصرف

انتباهه عن مواجهة مسؤولياته الأخرى. وقد يؤثر على أدائه الفعلي وإذا استمر العجز عن التغلب على المشكلة أو إشباع الحاجة او تحقيق الهدف فإنه قد تنشأ مشكلات وصراعات أشد ، هذا الفشل يسمى الاحباط Frustration.

والمقصود بالإحباط هو وجود عائق حقيقي أو متخيل مادي أو اجتماعي أو نفسييحول دون إشباع حاجة من حاجاته أوحل مشكلة من المشكلات ويؤدي بالفرد إلى الشعور بالتوتر والضعف والغضب والقلق وصرف الانتباه عن مسؤولياته الأخرى مما يؤثر في اتجاهاته وأدائه العقلي. و(الشكل /3) يوضح ذلك.

وجود حاجات نفسية، بيولوجية، اجتماعية غير مشبعة

تسبب (قلق، توتر، عدم استقرار)

يظهر الدافع(يقوم الفرد بسلوك معين)

[وجود عقبات مثل قيود اجتماعية، دينية، مادية]

تسبب (أزمات نفسية)

هنا [يقوم الفرد بمحاولة التوافق]

هذه المحاولة (أما سلبية) أو (ايجابية) أذا كانت(ايجابية) سيقوم الفرد بسلوك مرغوب من المجتمع لإشباع حاجاته. اما اذا كانت (سلبية) سلوك مرتد نحو الذات (النكوص، أو في الحالات المتطرفة الانتحار) سلوك موجه نحو الآخرين(القيام بسلوك عدواني).

(شكل/3)

يوضح الاحباط

ومن هنا كان الإحباط من أهم العوامل المؤثرة على التوافق الشخص والتي قد تتحول به من حالة الصحية النفسية السوية إلى حالة الاضطراب النفسي.

العوائق المسببة للإحباط

يمكن إرجاعها إلى عاملين، هما:

أولا: عوامل بيئية أو خارجية

ثانيا: عوامل شخصية داخلية

وتشمل العوامل البيئية (الخارجية) على العوائق التي تعترض الفرد في بيئته الخارجية المادية، فإذا كنت مثلا في حاجة إلى إعداد طعام إفطارك ثم تبين لك نفاد الغاز (الوقود) هذه الحالة تسبب الاحباط، وسبب الاحباط هنا كان عامل بيئي (خارجي)، أو إذا كنت مرتبطا بموعد مهم لحضور امتحان مثلا ولكن وجدت السيارة فيها عطل أو أن الطريق معطلة بسبب إجراء إصلاحات... فإن مثل هذا العائق البيئي الخارجي يحول دون وصولك إلى الهدف. كما أن هناك عوامل بيئية من نوع أخر قد يجد الفرد نفسه في مواجهتها وهو يحاول تحقيق أهدافه وهي العوامل الثقافية والاجتماعية.

أما العوامل الشخصية الداخلية فهي تلك العوامل الداخلية التي تجعل من الضروري أن يختار الفرد بين حاجاته المتقاربة بين الأهداف المقصودة (بين شيئين كلاهما مرغوب) في هذه الحالة يكون الفرد أمام هدفين أو أكثر لا يمكن أن يحقق أحدهما دون ترك الأخر بغير إشباع، لكن عليه ان يختار أحدهما. والفرد هنا يواجه مواقف الصراع. وقد تكون العوامل الشخصية سببا للصراع سواء كانت أسبابه متخيلة أو وليدة مشاعر النقص ولاشك أن مثل هذه العوامل قد تمنع مثلا عن تعلم لعبة رياضية لاعتقاده بعدم كفاءته لتعلمها، وفي نفس الوقت يتولد لديه شعور بالحسرة تجاه أولئك الذين يجدون متعة في مزاولته مثل هذه الرياضة كما أن جهودنا قد تحبط و قد تفشل في تكوين صداقات بسبب عوامل

شخصية أو سلوكية معينة ، مثل ذلك الشخص الذي يعامل الآخرين بتعال وطبع شاد فإنه لا يكون مقبولا اجتماعيا ، إلا ان رغبته وحاجته لقبول الآخرين له والتعامل معهم قد تصاب دون ان يدرك سببه ويظهر رد فعله إزاء هذا الموقف المحيط به تشكل قلق وعزلة ويقع في صراع بين التنازل عن سلوكه المتعالي الذي يحقق له إشباعا شخصيا يقوي مشاعر النقص لديه ، وبين تحسين علاقاته مع الآخرين ليحقق هدف تقبل الآخرين.

نظرية الإحباط والعدوان

يرى أصحاب هذه النظرية ان العدوان يحدث دائما نتيجة الإحباط وكلما حدث إحباط فان العدوان في أحد أشكاله ودرجاته ينشأ وبذلك فإن أصحاب هذه النظرية يرون علاقة سببية بين الإحباط كمثير والعدوان كاستجابة ، وينشأ الإحباط حين يتعرض شيء ما متتالية من السلوك المنظم والموجه نحو تحقيق هدف ما بحيث يحول دون إتمامه ودون تحقيق الهدف منه ، وما يرتبطه من إشباع فأي تدخل واعتراض لتحقيق هدف ما يعد إحباطا.

وان من أهم العوامل التي تؤدي إلى الإحباط العوامل البيئية وهي تلك العوامل الخاصة بالظروف المحيطة بالفرد ، ومن أمثلتها الظروف الأسرية الغير الملائمة والإهمال، الأمر الذي يترتب عليه قصور في إشباع الحاجات الأساسية للفرد اللازمة لنموه العقلي والانفعالي والنفسي، فأحداث الحياة الضاغطة على سبيل المثال الضغوط الاقتصادية ، ضغوط السكن، ضغوط العمل، تؤدي إلى الإحباط الذي يؤدي إلى العدوانية. وقد قام العديد من الباحثين بعدة دراسات للتحقيق من صحة فروض النظرية فعند إعاقة مجموعة من طلبة الجامعة عن إتمام حل لغز كانت النتيجة هو شعور هؤلاء الطلبة بالإحباط.

وقد تعرضت هذه النظرية لكثير من النقد فليس كل عدوان سببها الإحباط كما أن الإحباط يمكن أن يؤدي إلى استجابات أخرى مختلفة(عبد العزيز، 2010، ص196-197).

انعكاسات الاحباط على الفرد

هل له يمكن ان يكون الاحباط مفيدا؟

من خلال التوضيح السابق بات واضحا ان حالة الاحباط التي يمر بها الفرد تشكل موقفا نفسيا صعبا وقد يكون مثابة موقف تحدي للفرد. ومن خلال الشكل(3) يؤثر الاحباط على الفرد في ثلاثة جوانب تتراوح بين التأثير الايجابي والتأثير السلبي في سلوك الفرد وهي على النحو الآتي:

1. **ما سيقوم به الفرد من سلوك:**

يمكن ان نصف الافراد في هذه الحالة الى ثلاثة اصناف هي:

الصنف الاول: وهو الذي ينسحب من أول موقف احباطي يتعرض له، فبعض الافراد مجرد ان يفشل في اداء عمل معين (الامتحان، أو التقديم للتعين في وظيفة ما) يبدأ يندب حظه العاثر مدعيا انه غير محظوظ، بل البعض يعزو اسباب فشله الى الآخرين وان عيونهم تلاحقه، بدلا من يعزو اسباب فشله اليه، بل البعض الآخر يعزو اسباب فشله الى رؤية الغراب أو البومة أو من يسرف في ذلك الى درجة ان يخاف من رؤية كريم العين في الصباح. أو يعزو فشله الى قميص معين أو لون معين...الخ.

الصنف الثاني: البعض من الافراد عندما يفشل في اداء مهمة أو عمل معين يحاول عدة مرات ولك لسوء الحظ أيضا يفشل مما يجعله يصاب بخيبة الأمل وهنا لسان حاله يقول ((انا ليس لدي حظ في هذه الحياة)). ومن اخطر النتائج السلبية المترتبة على ذلك سوف يفقد القدرة الى المبادرة تماما في أي نشاط من أنشطة حياته اللاحقة. وهذا الصنف أو النوع من الناس يطلق عليهم ((سلجمان)) وأحد علماء النفس انهم يصابون بالعجز المتعلم.

الصنف الثالث: هم صنف أخر مختلف تماما عن الصنفين السابقين. الافراد من هذا الصنف يطبقون عن دراية أو غير دراية قول لأحد مؤسسي

الفلسفة اليونانية ((ليس المهم ان تنجح أو تفشل بل المهم ان لا تكف عن المحاولة ابدا)). فهؤلاء الافراد يحاولون المرة تلو الاخرى ولايخالجهم الملل ولا يعرفون خيبة الامل فهم قادرين على تحويل موطن الفشل الى اعادة تصحيح جديدة محاولين تخطي اسباب الفشل للحالات السابقة، وهذه الحالة تسمى **((مقاومة الاحباط))** والتي تعني: ان الفرد يرد على الموقف الاحباطيويحوا أثاره السلبية الى اثار ايجابية من خلال اتباع الخطوات الآتية:

يستمر بأدائه السابق ويزيد من نشاطه الى ان يصل الى الهدف الذي يروم الوصول اليه.

يحاول بعدة طرق. فان فشلت اخرى لجأ الى طريقة ثانية، وان فشلت الثانية لجأ الى ثالثة، وهكذا حتى يحقق هدفه.

بنفس الوقت يحاول اعادة طريقة تفكيره محولا تصحيحها من خلال التغذية الراجعة فالطاب الطموح الذي يفشل في اداء امتحان معين. لا يصاب بخيبة الامل بل ربما يقول ان الطريقة التي كان يعتمدها في القراءة لم تكن مناسبة، أو ان مقدار الوقت الذي خصصه للامتحان لم يكن كافيا، أو انه يكتشف ان سبب فشله في الامتحان ان لم يكن يقوم بما مطلوب منه بإنجاز التحضير اليومي للمادة، أو انه لم يعطي موضوع الامتحان القدر الكافي من الاهتمام (كان يستهزئ به)، أو انك يكتشف ان جزء من اسباب فشله في الامتحان هو انه لم يكن يحضر المحاضرات... الخ.

2. انعكاس الاحباط في سلوك الفرد نحو البيئة والافراد الآخرين.

عندما يتعرض الفرد لموقف احباطي يصاب بحالة من الغضب والتوتر والتي قد تصل بالفرد الى يتصرف تصرفات لا يدرك نتائجها، اذ عادة ما يكون هذا الغضب يتجه **باتجاهين**، اما ان يزاح نحو الآخرين بصفتهم أو نحو ممتلكاتهم. وهذا الاتجاه يكون ضرره على الآخرين وممتلكاتهم اكثر من ضرره على الفرد، فكثيرا ما نرى بعض الأفراد الفاشلين (المحبطين) يقومون بسلوك

عدواني، مثال على ذلك يلجا الشخص المحبط الى سلوك عدواني لفظي فنراه يسب ويشتم ويلعن ويصف الاخرين بالقاب بذيئة ويقول عنهم انهم لصوص، والبعض الآخر يلجأ الى سلوك عدواني جسدي يعتدي على الآخرين بالضرب ويلف ممتلكاتهم الشخصية أو يصب غضبه على الممتلكات العامة، على سبيل المثال نرى الطالب الفاشل بالامتحان يمزق الاوراق الامتحانية أو يمزق الكتب أو يعتدي بالتخريب على ممتلكات المدرسة، أو المركبة الخاصة بالمدرس المقرر، أو يقول ان المدرس يكرهه. وان لم يكن الفرد المصاب بالإحباط قادرا على توجيه احباطه الى مصدر الاحباط فانه يلجأ الى ما يسمى بكبش الفداء. فقد يتصرف العامل أو الموظف المحبط بإزاحة غضبه نحو الزوجة أو الاطفال ... الخ. أما الاتجاه الثاني وهو عادة يكون اكثر ضررا على الصحة النفسية للفرد فيكون غضب مرتد نحو الذات، ذا كثيرا ما نرى بعض الافراد لايستطيعون ازاحة غضبهم نحو الاخرين أو ممتلكاتهم لأسباب اجتماعية أو شخصية أو اخلاقية. هذا الصنف من الافراد يحولون غضبهم نحو ذاتهم. وهذه الحالة تسمى في علم النفس القمع الانفعالي Emotional Suppression (Charies,1994, P527-563& Mardi) ولهذهالحالة انعكاسات سيئة على الجانب النفسي والفسيولوجي فكثير من هؤلاء اللذين يقمعون غضبهم عادة ما يصابون بالامراض النفسجسمية، مثل القرحة المعوية او المعدية أو ارتفاع ضغط الدم أو تهيج القولون، او الصداع النصفي الى غيرها من الامراض التي تقدرها الدراسات السابقة بعشرين مرضا تعود في جزء كبير منها الى اسباب نفسية ولكنها تظهر على شكل اعراض مرضية(الجبوري، 1999، ص12).

يظهر لدى بعض الافراد سلوك يعود الى عوامل لاشعورية.

وهذا النوع من السلوك يسمى بالنكوص وهو سلوك لاشعوري، حيث يعود الفرد فيه الى مراحل عمرية سبق ان مر بها، وعادة ما يظهر في صورة تجهم واكتئاب وحزن وبكاء وصراخ مع الغيرة العنيفة والغضب الشديد الذي يصاحبه

التبـول والتـبرز العلـني، كـل هـذا هـو عـودة إلى الأسـاليب الطفوليـة في مراحـل الطفولـة الأولى. وقـد أشـارت الدراسـات النفسـية بـأن النكـوص اسـتجابة شـائعة للإحبـاط. فـالنكوص عـودة إلى المراحـل السـابقة مـن العمـر مـن خـلال التصـرفات والسلوكيات التي تميز تلك المرحلة السابقة وذلك لتحقيق نفس النتائج التي كان يحققها الفرد في تلك المرحلة. واحد اهم الاسباب التي تجعل الفرد النكوص الى مرحلة عمرية سابقة هـو نتيجـة عـدم قدرتـه علـى تحمـل الاحبـاط الـذي تعـرض لـه وبذلك يعود الى مرحلة عمرية سابقة كان محاط بكل اشكال بالرعاية والحنان والحب. نرى الفتاة عندما تتعرض للإحباط مثل الفشل في الامتحان فأنها ترتمي بحضن امها باكيتا تطلب من امها ان تعطف عليها كما كانت طفلة صغيرة. وكثيرا ما نـرى امثلـة علـى ذلـك لـدى الافـراد اللـذين لم يتحقـق لـديهم الفطـام العاطفي (النفسي)، والجدول/1 يوضح ذلك.

(جدول/1)

ردود الفعل السلوكية التي يبديها الفرد عند تعرضه للإحباط

الاحباط يسبب	1	مواجهة الموقف
	2	العدوان
	3	التوتر والاضطراب
	4	اللامبالاة
	5	الانسحاب
	6	الخيالات
	7	النكوص

(شكل 4/)

ردود الفعل المحتملة لحالة الاحباط (مايسا، 1997، ص 91).

مفهوم الصراع وطبيعته

وجد الصراع بشتى اصنافه مع الانسان منذ وجوده على سطح الارض. وربما يعد الصراع من اجل البقاء أول انواعه. لذا نرى الكثير من الحيوانات نفقت وانقرضت لانها لم تستطع التغلب في صراعها مع عوامل الطبيعة القاسية والنتيجة النهائية كانت الغلبة لعوامل الطبيعة، أما الحيوانات التي تمكنت من التغلب في صراعها مع عوامل الطبيعة استطاعت البقاء لحد الآن بل البعض منها دفعه الصراع من أجل البقاء عبر الاف السنين الى تغيير حجمه أو شكله أو طريقة حياته أو نوعية الطعام الذي يتناوله.

أما الصراع لدى الانسان فقد بدأ عندما نزل ابونا ادام على سطح الارض، وقد وقعت أول حالة صراع بين قابيل وهابيل، حينما قتل قابيل هابيل لإشباع غريزته. ومنذ ذلك اليوم وحتى اللحظة الحاضرة تكاد تكون كتب التاريخ زاخرة بحوادث الصراع المرير بين بني البشر عبر الآف السنين. فقد قتل الانسان اخوه الانسان عبر انواع الصراع المتعددة ومنها الصراع من اجل مصادر الطعام، الماء، الارض، الثروات، التملك، الصراع المذهبي، الاثني، الطائفي، التطهير العرقي، السياسي، الاجتماعي...الخ. ولهذا نرى ان احد تعاريف الصراع بشكل عام هو بأنه مواجهة بين الأفراد أو المجموعات في حالات عندما يدرك طرف أو كلا الطرفين أن الطرف الأخر كان يحاول إعاقة اهتمامه. ويعرف على المستوى الفردي على أنه ردود الأفعال التي يبديها الفرد نتيجة تعرضه لعوامل بيئية أو ذاتية لا يكون قادرا على التكيف معها بقدراته الفعلية.

ويرى المؤلف ان الانسان أول ما يولد في هذا الوجود يأتي وهو يحمل في ثنايا بناءه النفسي الخوف من المجهول(وهذه هي الخاصية الاولى). كونه لم يعد حتى الآن يمتلك معلومات كافية عن هذا العالم، ومع الخوف من المجهول تتولد لدى الفرد القابلية على الاعتناق(وهذه هي الخاصية الثانية). فصراعه من اجل البقاء وفي نفس الوقت صراعه من اجل التخلص من التوتر والقلق الذي يسببه

الخوف من المجهول كل ذلك جعل حياة الانسان في حالة صيرورة دائمة التغيير وبذلك اضحت حياته تسير نحو التعقيد مما جعله يشعر بعدم الاهمية والقيمة وبذلك فقد الشعور بالأمان والانتماء. ويفسر ذلك احد منظري الشخصية (فروم) بتأكيده على التاريخ الشخصي للفرد والتاريخ الانساني لأننا بسبب تاريخيا نعاني في الوقت الحاضر من الشعور بالوحدة والعزلة وبعدم الاهمية ... لذا اصبحت حاجتنا الاساسية هي الهروب من مشاعر العزلة من خلال:

تنمية الشعور بالانتماء

ايجاد معنى في الحياة (وجودية) حيث أصبحت الحرية الزائدة ظرفا سلبيا نحاول الهروب منه والصراعات والألم ليست محتمة علينا بشكل نهائي ووجودها ناتج من نوع المجتمع الذي بنيناه(الن، 2010، ص 316-323).

والافراز النهائي أو المحصلة النهائية لكل هذه الانواع من الصراعات نتج الصراع النفسي. والذي يعرف على انه أحد مصادر الاحباط والقلق في نفس الوقت، وهو احد أهم مصادر التكيف السوي في حالة قدرة الفرد على حل الصراع، وينتج الصراع عن وجود دافعين أو رغبتين يروم الفرد اشباعهما معا لكن وجود عوائق حقيقية أو محتملة تحول دون اشباعهما معا، مما يترتب على ذلك الشعور بحالة من التوتر والغضب والتي تزول بعد انتهاء الموقف.

مميزات الصراع النفسي

1. الصراع يبدأ مع بداية ولادة الانسان وينتهي بنهاية الانسان.
2. لايمكن ان نجد حياة أي انسان (بسيط بدائي أو متحضر) خالية من الصراع على الاطلاق.
3. حل الصراع يعد من مؤشرات التكيف، ولذا تقاس قدرة الفرد الى التكيف بمدى قدرته علىتجاوز موقف الصراع.
4. شدة (أو درجة) الصراع ليست واحدة.

5. لكل مرحلة عمرية نمط معين من الصراع، لان لكل مرحلة مطالبها وخصائصها التي تختلف بها عن المراحل العمرية السابقة واللاحقة مما يجعل لكل مرحلة نمو صراع من نوع ما.

6. يختلف الصراع من حيث الجنس(ذكور اناث) فلكل واحد منها نمط من الصراع يختلف عن الاخر وفقا لطبيعة جنسه بسبب اختلاف البنية الجسمية والتشريحية(الفسلجية) وما تفرضه قيم وتقاليد وحضارة ودين كل مجتمع من نواهي ومحرما بين الذكور والاناث.

7. الصراع يتوقف على قوة الرغبات أو الدوافع المتصارعة ومدى قدرة الفرد على اتخاذ القرار بشأن ايها يختار أو يؤجل وايها يحققه الآن.

8. توجد علاقة طردية بين مدى تقدم ورقي المجتمع وقوة الصراع. لذا نرى كثرة انواع الصراع وزيادة حدته كلما كان المجتمع اكثر تقدما، والعكس صحيح اذ نرى اختلاف حدة ونوعية الصراع في المجتمعات البدائية والبسيطة عن ما هو عليه الحال في المجتمعات المتحضرة.

9. توجد علاقة بين نوع المحرمات أو الممنوعات التي ينهى عنها الدين وبين نوع الصراع الذي يعاني منه الفرد، لذا نجد على سبيل المثال ان نوع الصراع الذي يواجهه المسلم يختلف عما هو عليه لدى غير المسلم، أو المسيحي، أو البوذي، أو السيخي.

10. توجد علاقة بين طبيعة الثقافة السائدة في مجتمع معين ونمط أو نوع الصراع الذي يواجهه الفرد في ذلك المجتمع.

11. حالة الشعور بالسعادة لدى الانسان مؤقته بسبب الصراع اذ كلما حل الفرد موقف للصراع بين رغبتين أو حاجتين أو هدفين كلما ولدت حاجة أو رغبة جديدة ترافقت مع غيرها من الحاجات مسببتا صراعا جديدا يمكن ان يعكر مزاج الفرد وبالتالي اضمحلال حالة الشعور بالسعادة،

12. لا يمكن ان ينتهي الصراع في حياة الانسان في الوقت الحاضر ولاحتى في حياة الناس في العصور اللاحقة للأسباب التالية:

أ. حاجات الفرد متغيرة ومتعددة وفقا لعمره ومستواه الثقافي والاجتماعي.

ب. البيئة نفسها التي يعيش فيها الفرد في حالة تغيير مستمرة لاتتوقف، مما تتطلب من الفرد ان يغير من اساليبه وانشطته حتي يستطيع مجاراة ما يحدث من تغير في تلك البيئة.

أنواع الصراع النفسي

له تصنيفات متعددة، فالبعض يصنفه الى صراع شعوري وصراعلاشعورى والاخير هو كما فسرته نظريات التليل النفسي متمثلة بـ (فرويد ويونج وهورناي وغيره من المنظرين المنظوين تحت مظلة التحليل النفسي القديمة والحديثة)، أي صراع بين مكونات الشخصية وفقا لفرويد بين (الهوId والاناEgo) من جهة، وبين (الهو Id والانا الاعلى (Super Ego وبين (الاناEgo والانا الاعلى (Super Ego من جهة ثانية. اما الصراع الشعوري فان ((كورت ليفين)) وهو أحد علماء علم النفس الاجتماعي فأنه يقسمه الى:

1. (**صراع، إقدام، إحجام**)

وفي هذه الحالات الصراع يتوجب على الفرد أن يقرر ما إذا كان عليه أن يقترب من هدف سار يتضمن بلوغه صعوبة كبيرة أو لا يقترب منه.

وبالنسبة لهذا النوع من الصراع يكون الشخص منجذبا لشيء وفي الوقت نفسه يكون مندفعا بعيدا عن شيء آخر مرتبط بالشيء الأول. ومن أمثلة على هذا النوع من الصراع الفرد الذي يريد النزول إلى البحر للاستحمام طلبا للرياضة والمتعة ولكن هذا الفرد يخاف من الغرق أو المرض فيدفعه ذلك بعيداً ويمنعه من التوجه إلى الدافع الأول وإشباعه.

2. صراع إقدام إقدام(الإقدام المزدوج)

وهذا النوع من الصراع يكون الشخص حسن الحظ، حيث كانت أمامه فرصتان موجبتان او أكثر كل فرصة تشبع بعض دوافعه وكان عليه ان يختار واحدة منهما فقط، حيث يتعذر على الفرد إشباعهما في وقت واحد. وفي هذه الحالة يكون الفرد مدفوعا دفعا موجبا نحو كل من هاتين الرغبتين الموجبتين إلى نفس الفرد من هنا ينشأ الصراع لأن الفرد عليه أن يختار رغبة واحدة منهما فقط ومضحيا بالرغبة الثانية. ومن أمثلة على هذا النوع من الصراع الطالب الذي يحصل على مجموع عالي في الثانوية العامة ويجد نفسه محتارا في الاختيار بين كلية الطب والهندسة مثلا، إذ عليه أن يختار كلية واحدة فقط، في هذه الحالة يعاني الطالب من الصراع النفسي إذا لم يكُون رأيا معيننا بالنسبة لكلية معينة اخرى.

3. صراع الإحجام الإحجام

وفي هذا النوع من الصراع يجد الفرد نفسه محصورا في موقف له قطبان. ويجب عليه ان يختار بين هدفين غير مرغوب فيهما كقيامه بعمل مرفوض اجتماعيا او خسارة تجارته، وهناك مثال أخر له صيغة أخرى هو القائد العربي الذي كان يخاطب جنوده بعبارة ((العدو أمامكم والبحر وراءكم)).

وهكذا يتضح معنى الصراع النفسي عندما يوجد الفرد بين قوتين متساويتين تدفعانه في وجهات مختلفة يكون عاجزا عن الاختيار لمنحنى معين.

ويحتل الصراع النفسي أهمية كبيرة بالنسبة للمرض النفسي ويعد من العوامل الأساسية المؤدية للاضطراب النفسي، حتى يمكن القول انه العديد من حالات الصراع تنشأ بسبب ما يصنعه المجتمع في وجه العديد من الدوافع القوية التي يحملها الأفراد معهم، وأن الكثير من حالات الصراع التي يمر بها الفرد هو شعوري ولكن بعضها يبقى في مستودع اللاشعور، ونستدل على الصراع

اللاشعوري حين يتصرف الإنسان تصرفا يبدو في الظاهر غريبا ولا تجد له تفسيرا واضحاً حين تفحصه.

وللصراع النفسي أثار أو نتائج لأنه يكثر حدوثه في الحياة اليومية فظروف الواقع لا تتفق كلها مع رغبات الفرد وطموحاته، وخصوصا إن تلك الرغبات لن تكون دائما باتجاه واحد يتعذر تنفيذها في وقت واحد ولهذا تكون هناك فرص عديدة لظهور الصراع بحيث يعد نتيجة طبيعية عادة في أغلب الأحيان فإذا كان الفرد يتمتع بدرجة عالية من الثقة بنفسه وإدراكه للواقع من خلال إدراكه لذاته فإنه في هذه الحالة يميل إلى حل صراعاته بطريقة تنطوي التنازلات، كإرجاء بعض الأهداف وتقديم الأهم منها إدراكاً له للحقيقة(للضرورة أحكام). أما إذا كانت هذه الجوانب النفسية لديه ضعيفة فإن الصراع سوف يشتد عنده ويفسح المجال لظهور أعراض مرضية جديدة(الخالدي، 2007، ص135). لذا يمكن القول ان شدة الصراع يعتمد قوة الدوافع المتصارعة من جهة، وقدرة الفرد على اتخاذ القرار من جهة اخرى. مما يعني ان كلما كان الدافع أو الرغبة أو الحاجة قوية كلما كان الصراع كبيرا، وكلما كان الفرد قادرا على حل هذه المشكلة بان يختار احدهما يستطيع ان يحل الصراع بدون الشعور بأي معاناة. ولذا هذه الحالة هي التي تدل على التكيف السوي فكلما استطاع الفرد ان يحل موقفا صعبا كلما كان ذلك مؤشرا على التكيف.

الفصل السادس

الإرشاد التربوي



أهمية الإرشاد النفسي

علاقة الإرشاد بالصحة النفسية

الإرشاد التربوي

مفهوم الإرشاد.

أهداف الإرشاد

انواع الإرشاد النفسي.

مناهج الإرشاد النفسي

1. المنهج الإنمائي

2. المنهج الوقائي

3. المنهج العلاجي.

أساليب الإرشاد

أسلوب الإرشاد الفردي.

أسلوب الإرشاد الجمعي.

أمثلة عن البرامج الإرشادية والعلاجية في معالجة مشكلات شائعة

مثال رقم (1): بناء وتطبيق البرنامج الإرشادي.

مثال رقم (2): بناء وتطبيق البرنامج العلاجي

الفائدة من البرامج الإرشادية.

مشكلات البرامج الارشادية.

واجبات المرشد التربوي.

6

الفصل السادس

الإرشاد التربوي

أهمية الإرشاد النفسي

تأتي أهمية الإرشاد النفسي من اهتماماته بالإنسان في حالات السواء أو اللاسواء، فهو يقدم خدماته للمضطربين ويحاول إعادتهم إلى مرحلة السواء من خلال تحسين إمكانياتهم وقدراتهم وتعزيز الثقة بالنفس، ويحاول المرشدين تحجيم المرض أو المشكلة التي يعانون منها، وتقدم خدمات الإرشاد والعلاج النفسي تحديداً إلى المشكلة المستهدفة لأن بعض الافراد قد يعانون من أكثر من مشكلة وهنا تدخل مسألة الأولويات في تحديد تأثيرها الكبير على السلوك ثم الأقل تأثيراً. كما إن الإرشاد النفسي يقدم خدماته إلى الأفراد الأسوياء الراغبين في تطوير قدراتهم وتحسين مستوى أدائهم الاجتماعي ورفع مستوى الوعي لديهم بحيث يدركون تأثير البيئة الخارجية على سلوكهم وتأثرهم بسلوك الآخرين المحيطين بهم وإن الإرشاد النفسي يدخل في كل مفاصل الحياة الإنسانية، فعلى سبيل المثال يدخل في مجال الأسرة كالإرشاد الزواجي وإرشاد أفراد الأسرة، ويدخل في المجال الاجتماعي من خلال إرشاد الأفراد المنعزلين والمنطوين على أنفسهم، ويدخل إلى المدرسة بواسطة حل المشكلات التربوية (كالتسرب والهروب من المدرسة والسرقة والغش، وطرائق التعلم وتوزيع الطلبة على الاختصاصات العلمية المختلفة كل حسب ميوله ورغبته. ويدخل في المعامل والمصانع والمهن الأخرى من خلال الارشاد المهني من أجل زيادة الإنتاج وتقديم الأفضل وحث العاملين على بذل المزيد من الجهود في سبيل زيادة الإنتاج، واختيار الافضل لكل مهنة من المهن باستخدام الاختبارات النفسية الخاصة بالمهنة واختيار انيس خصائص شخصية متوافقة مع متطلبات كل مهنة، وكل ذلك من اجل تطبيق قاعدة الانسان المناسب في المكان المناسب.

علاقة الإرشاد بالصحة النفسية

إن علم الصحة النفسية يهتم بتحقيق الوقاية من الأمراض النفسية وتحاشي الإصابة بالاضطرابات النفسية، كالقلق العصابي، والضغوط والاكتئاب وغيرها من الأمراض النفسية التي يكون أثرها واضحاً على الشخصية والسلوك بشكل عام. فالشخص المضطرب نفسياً تنهار ثقته بنفسه بالتدرج وبالتالي الابتعاد عن الآخرين، لذلك وضع علماء النفس المهتمين بالصحة النفسية نظريات علاجية تهتم بالتصدي لكثير من الاضطرابات النفسية وهذه النظريات اشترك الإرشاد النفسي فيها من خلال التصورات التي تعطيها النظريات في الإرشاد والعلاج النفسي. إن الإرشاد والعلاج النفسي يشكل معيار الجانب التطبيقي لعلم الصحة النفسية، فعن طريقها يمكن معالجة الاضطرابات النفسية وتحصين الجسم بعوامل الوقاية والمقاومة وتنمية قوة الإرادة والثقة بالنفس ودعم قدرات الفرد المضطرب وإمكانياته وقدراته وتدريبه على تلافي المواقف والأحداث التي تعزز الاضطرابات النفسية وتغذيها بالأفكار الخاطئة وغير العقلانية، ولذلك إن من أهم العلوم التي تدعم الصحة النفسية للفرد هو الإرشاد النفسي لأن قيمة ما يصبو إلى تحقيقه هذا العلم هو جعل المسترشد يتخلص من الاضطرابات والمشكلات النفسية حتى يصل إلى مستوى جيد من الصحة النفسية وتحقيق السعادة وكل ذلك يتم بواسطة نظريات الإرشاد والعلاج النفسي إذ إنها تقدم مجموعة من الأساليب العلاجية التي لها بصمة واضحة في التصدي لكثير من المشكلات والأمراض النفسية التي يعاني منها الأفراد المشكلين لذلك إنها أعطت دفعة قوية للتقدم السريع في مجال الإرشاد والعلاج النفسي حتى يصل إلى ما هو عليه الآن.

الإرشاد التربوي

الإرشاد بالمعنى العام أو الواسع يعني تقديم النصائح أو المعلومات لتحقيق أهداف معينة. أما إذا أردنا إعطاء تعريف دقيق للإرشاد فلابد أن نميز أولاً بينه

وبين التوجيه وذلك لأن كلا منهما غالباً ما يستخدم بدلاً من الآخر وكلاهما يمكن أن يحمل نفس المعنى. قبل التحدث عن بداية ونشوء وتطور حركة الإرشاد والتوجيه في العصر الحديث لا بد من إلقاء نظرة سريعة عما كان يقابل الإرشاد في التراث العربي والإسلامي فنظام الحسبة يقابل الإرشاد في العصر الحديث والحسبة هي فقه الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر وتتم الحسبة عادة بين شخصين أحدهما متخصص بأمور الفقه والشريعة والآخر يطلب الحسبة يعرف بالمحتسب عليه أما الموضوع الذي يراد فيه الاحتساب يسمى المحتسب فيه ويستند هذا النظام إلى قواعد فقهية تعتمد على آيات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة.

لو تأملنا هذا النظام الإرشادي الذي كان سائداً في الإسلام لأمكننا القول إن الإرشاد قد بدأ فعلاً على يد العرب المسلمين الذين اتخذوا من دينهم كأساس ومنهج للإرشاد والتوجيه.

أما في العصر الحديث فقد كانت بداية حركة الإرشاد والتوجيه قد ظهرت في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين في عام (1896) أفتتح ويتمر أول عيادة نفسية في ولاية بنسلفانيا في أمريكا لدراسة حالة التأخر الدراسي والضعف العقلي ثم أمتد نشاطها ليشمل فيما بعد مجالات التعليم العام. ومن المبادئ التي تستند عليها العملية الإرشادية هي إن الإرشاد عملية تعلم، يعرف التعلم بأنه تغير ثابت نسبي في السلوك سواء كان في التفكير أو الشعور أو العمل وبهذا يتركز دور المرشد بتغيير سلوك الفرد بأبعاده الثلاثة. وكذلك الإرشاد عملية تعاونية تتطلب تحقيق أهداف العملية الإرشادية وتضافر جهود كل من له صلة بالعملية التربوية والتعليمية، فالمرشد بحاجة إلى الاستعانة بالطلبة والمدرسين والإدارة والآباء لتكوين صورة واضحة عن جميع جوانب المشكلة التي يواجهها الطلبة. والإنسان كائن اجتماعي يولد كائن بيولوجي وبفضل التطبع الاجتماعي يتحول إلى كائن اجتماعي وخلال سنين حياته يتعلم ممارسة الكثير من الأدوار،

أبناً في البيت وطالباً في المدرسة. ومن الطبيعي لكل دور وظيفة محكومة بقيم وعادات وتقاليد اجتماعية يكونها الفرد من خلال النشأة الاجتماعية وبموجب هذا المبدأ فإن المرشد يقوم بتوعية الفرد إلى ما يحقق مصلحة الجماعة من خلال التمسك بقيمها وعاداتها وتقاليدها بالشكل الذي يهيئه لتحقيق الواقع الاجتماعي.

الإرشاد حاجة إنسانية تمثل الحاجة إلى الإرشاد أحد الحاجات الإنسانية التي عبر عنها مازلو بالحاجة إلى المعرفة فكما إن كلاً منا كثيراً ما يأخذ برأي الطبيب لتشخيص حالة مرضية أو رأي المرشد حول قضية نفسية أو تربوية وعلى المرشد أن يضع باعتباره هذا المبدأ عند التعامل مع المسترشد. والإرشاد تربية دينية لما كان الهدف الأساسي للإرشاد يتمثل بمساعدة الفرد في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لذا كان لابد من الالتزام بالقيم والتعاليم السماوية لما لها من دور في تهذيب النفس البشرية واستقرارها وليس أدل على ذلك من قوله تعالى ((إلا بذكر الله تطمئن القلوب))، فضلاً عن ذلك تشكل القيم أحد المرتكزات الأساسية في الحفاظ على النظام والتماسك الاجتماعي وبموجب ذلك فإن الفرد يجب أن يتمسك بهذه القيم والتعاليم السماوية تحقيقاً لتوافقه مع المجتمع وانطلاقاً من ذلك كان لا بد للمرشد أن يضع في اعتباره هذا المبدأ تحقيقاً لأهداف العملية الإرشادية، والإرشاد علاقة اجتماعية فهو علاقة بين شخصين يدعى أحدهما المرشد والآخر المسترشد ويجب أن يسود هذه العلاقة الود والاحترام والتقبل والثقة. لأن ذلك يوفر الفرصة الكافية للتعبير عن المشكلة بكل حرية.

مفهوم الإرشاد

وُظفَ الإرشاد من لدن الكثيرين لأغراض ومعاني عدة لغرض توضيح الأفكار او الأعمال التي يقومون بها، ومن ثم استعمل كمصدر لإعطاء النصائح وتبادل الآراء مع الآخرين- فكلمة الإرشاد في اللغة العربية- كما أوضحنا سابقا

تعني الإصلاح والابتعاد عن الضلالة وتتضمن معنى التوعية وتقديم الخدمة والمساعدة للآخرين، فضلا عن ذلك استعمل هذا المفهوم وبشكل واسع للوصول إلى أهداف مختلفة، ومتعددة بحسب الأغراض التي يسعى إليها، والتي شملت تقديم النصح والتشجيع، وإعطاء المعلومات وتفسير وتوضيح الاختبارات والتحليلات النفسية المختلفة التي بموجبها يستطيع المرشد ان يكون على علم بهذه الفحوص وطريقة دراستها وتحليلها(العزاوي، 2004، ص 48).

عُرفَ التوجيه والإرشاد قديماً ومورس من دون أن يأخذ هذا الاسم أو الإطار العلمي، ولكنه تطور وأصبح علماً الآن له أسسه ونظرياته وطرقه ومجالاته وبرامجه، ويقوم به مختصون علمياً وفنياً. وأصبحت الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد في المؤسسات الاجتماعية والتربوية وفي مجتمعنا بصورة عامة (الزيادي ، 2001 ص21). إنَّ العملية الإرشادية تساعد الناس على الوصول إلى أحسن الخيارات المناسبة، كونها عملية تعلم ونمو للشخصية واكتساب معلومات ذاتية يمكن ان تترجم إلى مفهوم أفضل لدور الإنسان وسلوك أكثر فاعلية (طاهر والجردي ،1986 ص216) إذ يهدف الإرشاد إلى مساعدة الفرد على التقدم في اتجاه النمو الكامل لجميع مظاهر الشخصية، وهو مماثل للتربية إذ يؤمن بفردية الفرد إضافة لوجود الرغبة في الاختبار الذاتي للعلاقة الإرشادية على النقيض من الإرشاد الفردي، فالإرشاد إذن علاقة ((تفكيرية)) تستخدم العقل لمواجهة مشكلات النمو الإنساني. فمفهوم الإرشاد بوصفهِ نوعاً من توظيف العلم أو الحقائق الموضوعية او المعرفة لحل مشكلات الفرد، يؤثر في طبيعة عملية الإرشاد ذاتها او في العلاقة الإرشادية. والأساليب المستخدمة هي الاستماع والتنفيس وفهم الذات ومساعدة المسترشد على مواجهة المشكلات الخارجية واتخاذ القرارات، إذ أنَّ التغيرات الاجتماعية السريعة وما يصاحبها من معوقات ومشكلات نفسية وتربوية واقتصادية واجتماعية وانعكاس هذه المشكلات على الأفراد في كيفية مواجهتها، كان لابد أن يشكل الجانب النفسي احد جوانب

العملية التربوية التي تقدمها المؤسسات التربوية والاجتماعية لجميع الأفراد بما فيها الأسوياء والمضطربين انفعاليا وسلوكياً لتحقيق الصحة النفسية، فالإرشاد هو عملية تعلم وتعليم تساعد الفرد على فهم نفسه وجوانب شخصيته وتساعده على اتخاذ القرارات وحل المشكلات بدقة وموضوعية حتى يستطيع ان ينمو نمواً شخصياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً ويتم ذلك من خلال علاقة إنسانية بينه وبين المرشد النفسي الذي يقوم بالعملية الإرشادية وصولاً إلى تحقيق الغاية المرجوة (الداهري، 2005، ص 207). ولذلك فإنَّ الفرد هو محور العملية الإرشادية، إذ إنَّها تقوم على دراسة هذا الفرد ومحيطه الاجتماعي، وتفاعله مع الآخرين في ضوء الأسس والمبادئ الآتية:

ثبات ومرونة السلوك الإنساني: السلوك الإنساني في جملته مكتسب متعلم من خلال التنشئة الاجتماعية والتربوية. والسلوك الاجتماعي فإنَّه يتضمن علاقته بين أفراد الجماعة وبين الفرد والبيئة ويحتاج إلى تشغيل المراكز العقلية العليا، والسلوك الاجتماعي يكتسب صفة الثبات النسبي والتشابه بين الماضي والحاضر والمستقبل، لذا يمكن التنبؤ بالسلوك إذا تساوت الظروف والمتغيرات والعوامل الأخرى (الزيادي والخطيب، 2001، ص 30) (زهران، 1981، ص 55).

السلوك الإنساني فردي – جماعي: ولا يمكن الفصل بينهما إذ مهما بدا السلوك فردياً فان تأثير الجماعة يبدو فيه بوضوح، ومهما كان اجتماعيا فان آثارا شخصية وفردية تبدو واضحة أيضاً، وذلك لأنَّه في عملية الإرشاد والعلاج النفسي لابد ان تدخل في الحساب شخصية الفرد ومعايير الجماعة والأدوار الاجتماعية والاتجاهات والقيم (زهران، 1981، ص 56).

حق الفرد في التوجيه والإرشاد: إنَّ عملية التوجيه والإرشاد حق من حقوق كل فرد وفقا لحاجته، ومن مطالب النمو السوي إشباع هذه الحاجة، ولذا من الضروري توفير خدمات التوجيه والإرشاد لكل فرد من افراد المجتمع.

وجـود الاسـتعداد النفسـي لتقبـل التوجيـه والإرشـاد: عنـدما يواجـه الفـرد مشكلة ما فإنَّه يلجأ إلى الآخرين لطلب المساعدة والمشورة.

الاعـتراف بقيمـة الفـرد وحقـه في الاختيـار وتقريـر مصـيره: إذ أنَّ المرشـد لا يقـدم حلولاً او قـرارات او خططاً جـاهزة ولكنَّـه يسـاعد الفـرد في اقـتراح الحلـول ورسـم الخطـط واتخـاذ القـرارات بنفسـه.

ان العملية الإرشـادية لا تقتصـر علـى عمـر معين من الحياة: فهـي مسـتمرة مـا دام الفرد ينمو فهي ممتدة من الطفولة الى الشيخوخة، لـذا ينبغـي مراعـاة ذلـك في العمليـة الإرشادية إذ يتطلب النمو النفسي السوي للفرد في كل مرحلـة مـن مراحـل نموه عدة أشياء يجب ان يتعلمها الفرد لكي يصبح سعيداً وناجحاً في حياته، إنَّهـا مطالب النمو التي تظهر في مراحله المتتابعة ومطالب النمو تصلح في توجيه العمليـة الإرشادية والتربوية (زهـران، 1981،ص 67).

أهداف الإرشاد

ما حدث من تطور في كافة مجالات الحياة كان له أهميته الكبيرة فيما قدمـه للبشـرية مـن مسـاعدة في سـيطرة الانسـان علـى الطبيعـة بـل وتسـخير كـل طاقاتهـا وثرواتهـا لصـالحه، لكـن بالمقابـل كـان لهـذا التطـور انعكاسـاته الـتي اضرت بالإنسان نظرا لما اضافته من تعقيد لحياة الفرد وتطلب ذلك التطور بـل مـن اساسـياته ضـرورة اعـداد الفـرد وتأهيلـه لمواجهـة هـذا الكـم الهائـل مـن التطـور المسـتمر والمتسـارع، ونتيجـة لـذلك أضـحت الحاجـة ماسـة جـدا للاهتمـام بالإرشـاد النفسـي للاعتبارات الآتية:

انتشـار وسـائل الاتصـال المتعددة سـواء كـانت الشـبكة العنكبوتيـة (انترنـت) الـهاتف الخلـوي (الموبايـل) وبـادي الصـغار والكبـار نـتج عنـه العديـد مـن المشـاكل الـتي كـان مـن المفروض تأهيل الفرد وتوعيته بها قبل استعمالها لكـي يتجنـب قـدر الامكـان مخاطرهـا.

التغيرات التي حدثت في تركيبة الأسرة: إن تقلص حجم العائلة وانتقال جميع الأفراد في مسؤولياتهم اليومية التي تعمل على تقليص التفاعل الإيجابي الأسري التي تبعد بشكل أو بآخر تأثير الأقارب وإضعافه.

مشاكل السكن والحياة اليومية والزوجية وعمل المرأة وعامل تأخير الزواج وغيرها ، عوامل دعت الحاجة إلى الإرشاد والتوجيه.

التغيرات الاجتماعية : إن تبديل أنماط الحياة وتغير القيم والانتقال من الريف إلى المدينة ومشاكل الزواج وظهور الضغوط الاجتماعية على الأفراد والصراع الاجتماعي وعملية التغيرات الاجتماعية وما يقابلها كملية الضبط الاجتماعي للسلوك (مسايرة المعايير الاجتماعية) كعملية قبول السلوك لدى الفرد.

التقدم العلمي وتعقد المعرفة: لقد كان التقدم العلمي سبب زيادة المخترعات الجديدة والسيطرة الممكنة والضبط الآلي في المجال العلمي والإنتاج وتغير النظام التربوي والبعد الاقتصادي والمهني وزيادة التطلع إلى المستقبل والتخطيط كل هذا يتطلب توافق من قبل الفرد والمجتمع، ويؤكد الحاجة إلى التوجيه والإرشاد في المدارس والجامعات.

اختلاف الوظائف: إن توسع الوظائف وتعقيداتها ، وظهور تخصصات مهنية جديدة، حيث أصبح من الصعوبة الإلمام والمعرفة بهذا الكم الهائل من المهن والأعمال، ذلك بسبب مواكبة العالم للثورة العلمية وصناعة التكنولوجيا ، انعكست آثارها في عالم العمل والمهنة والحياة الاجتماعية بصفة عامة، كما إن البناء الوظيفي والمهني في المجتمع، أدى إلى ازدياد التخصص الدقيق في العمل وظهور مهن جديدة ومهن قديمة، هذا ما يؤكد الحاجة إلى الإرشاد النفسي والمهني.

القلق المعاصر (أمراض الحضارة): إن تراكم وتعقد المسؤوليات والخوف من المستقبل وضعف الطمأنينة نتيجة زيادة الوعي السياسي والاجتماعي والصحي

ومواجهة التحديات التاريخية والتي تفرض على المجتمع كالحروب والثورات وغيرها، وبذلك فإن كثير من الأفراد يعانون القلق والمشكلات التي تظهر الحاجة إلى خدمات الإرشاد في مجال الشخصية ومشكلاتها.

اختيار نوع الدراسة: إن اختلاف الاختصاصات والدراسة المختلفة التي تجابه المعلمين، وإن عدم إلمامهم بماهية دراسية ودراسة المعاهد والكليات أو الدراسات الأخرى، دعت الحاجة للعملية الإرشادية.

بناء الذات وتحقيق الصحة النفسية: إن فهم الفرد لنفسيته ولقدراته، والنمو على نحو سوي، عوامل تؤدي للتكيف النفسي والتربوي والاجتماعي، بمنهجية وقائية وإنمائية وعلاجية، وتحقيق التوازن بين الفرد ونفسه والفرد وما يحيط به. وإن دور الإرشاد النفسي ذات أثر بالغ في تحقيق الذات والصحة النفسية.

انتقال الفرد من حيز الى حيز أو مجال اخر وضرورة التكيف للظروف المصاحبة له إذ إن الفرد يمر في مراحل نمو بفترات انتقال حرجة يتعرض الأفراد إلى أنواع من الاضطراب، كانتقال الفرد من عالم المنزل إلى عالم المدرسة أو الجامعة، أو الانتقال من عالم الدراسة إلى عالم العمل أو من العزوبية إلى حياة الزوجية وغيرها. كل ذلك يتطلب إعداد الفرد قبل الانتقال، من خلال عملية الإرشاد والتوجيه، لذا يوجه الفرد بضرورة تغيير انماط سلوكه لكي تواكب ما حدث من تطور في المجال أو الحيز الذي انتقل اليه.

ولأهمية ذلك نرى الدول في الوقت الحاضر أولت الارشاد والتوجيه عناية فائقة من انشاء مراكز الارشاد والتوجيه والتي تعمل بدون استمال العقاقير، وكذلك السماح لحملة الشهادات العليا من المتخصصين بالصحة النفسية والارشاد والتوجيه وعلم النفس العيادي (السريري) بفتح مراكز للإرشاد والتوجيه كما هو الحال في مصر، والكويت، واليمن وايران، والدول الاوربية.

انواع الإرشاد النفسي

يقسم الإرشاد النفسي إلى عدة انواع، منها:

الإرشاد التربوي: هو عملية مساعدة الفرد على رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه، ويهدف إلى تحقيق النجاح التربوي عن طريق فهم سلوكه ومساعدتهِ في الاختيار السليم لنوع الدراسة ومناهجها وتحقيق الاستمرار، والنجاح. وحل المشكلات التربوية التي تتعلق بالمتفوقين والأُخرى الخاصة بضعاف العقول المتأخرين دراسياً فضلاً عن المشكلات المتعلقة بالنمو واختيار نوع الدراسة، ومشكلات سوء التوافق ومشكلات سوء النظام ...الخ، ويقوم بخدمات الإرشاد التربوي كل من الطالب والمرشد والمدرسة. فالطالب يستشير والمدرس يدرس استعدادات وميول كل طالب ويعرِّفه بالإمكانات المتاحة والمدرسة تتيح الفرص بحسب القدرات المختلفة، والخدمات هنا وقائية نمائية، أو فردية لكل طالب، وخدمات جماعية (الداهري، 2005، ص 414).

الإرشاد العلاجي: هو عملية مساعدة الفرد في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء توافقه النفسي. باستعمال وسائل وطرائق العلاج النفسي المختلفة.

الإرشاد المهني: هو مساعدة الفرد في اختيار مهنته بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الاجتماعية وجنسه والإعداد والتأهيل لها والدخول في العمل والتقدم فيه، وبعبارة أخرى يهدف إلى وضع الشخص المناسب في المكان المناسب بما يحقق التوافق المهني ويعود على الفرد والمجتمع بالخير.

الإرشاد الزواجي: هو عملية مساعدة الفرد على اختيار الزوجة للاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجي وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل الزواج وإثناءه وبعده، ويهدف هذا النوع من الإرشاد إلى تحقيق سعادة الأسرة الصغيرة والمجتمع الكبير وكذلك تعريف الشباب بأصول الحياة الزوجية السعيدة، والعمل على الجمع بين انسب زوجين

وذلك بهدف وقائي والمساعدة في حل وعلاج ما قد يطرأ من مشكلات زواجية، ويلاحظ أهمية التوافق الشخصي والاجتماعي والنفسي بصفته العامة.

الإرشاد الأسري: وهو عملية مساعدة أفراد الأسرة على فهم الحياة الأسرية ومسؤولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات وتنبع الحاجة إليه من مشكلات الأبناء والوالدين بوصفها عينة من المشكلات الأسرية، وقد تتشابك المشكلات فتحتاج إلى الإرشاد ومن هذه المشكلات ما يتعلق باضطراب علاقة الأبناء مع الوالدين، أو الإدمان، أو الوالدين العصابيين، ومنها ما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية الخاطئة، مثل عقوق الوالدين... الخ. ويتضمن هذا النوع من الإرشاد إجراءات وقائية وعلاجية، ويستعين بخدمات مجالات الإرشاد الأخرى ويقدم خدمات نفسية عن طريق توجيه الوالدين إلى التطبيقات التربوية لعلم النفس وتغيير الاتجاهات السلبية وقد يستعمل أسلوب الإرشاد الجماعي للأسرة.

إرشاد الأطفال: وهو عملية المساعدة في رعاية نمو الأطفال نفسياً وتربيتهم اجتماعيا وحل مشكلاتهم اليومية بهدف مساعدتهم لتحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوي. والحاجة إلى إرشاد الأطفال تعود إلى خصائص نمو الأطفال المميزة وهي سرعة النمو الكلي والحاجات النفسية التي ينبغي إشباعها، كما تنبع الحاجة لهذا النوع من الإرشاد من كون مرحلة الطفولة مرحلة أساسية في نمو الشخصية (الداهري، 2005: 415).

مناهج الإرشاد النفسي:

بعد تطور ميدان علم النفس من خلال الكم الهائل من الدراسات السابقة والتوصل الى العديد من النظريات التي فسرت موضوعاته ومنها العملية الإرشادية والتي لم تعد كما كانت سابقا عملية تقديم النصح والاستشارة فقط بل أصبحت علماً له مناهجه وأسسه وخططه، فقد تعددت مناهجه تبعاً لتعدد نظريات الإرشاد، فضلاً عن تعدد وتنوع المشكلات التي يواجهها الأفراد بما يُوجب على المرشد النفسي الإلمام بمنهاج الإرشاد النفسي. وهي في الوقت الحاضر

ثلاثة مناهج لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي، وعلى المرشد ان يعتمد منهجاً معيناً من هذه المناهج الثلاثة وفقا لطبيعة المشكلة التي يحاول فيها تقديم التوجيه والارشاد لذلك للفرد الذي يعاني من مشكلة معينة.

مناهج الإرشاد النفسي

1. المنهج الإنمائي

يعتمد هذا المنهج الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي لدى الأسوياء خلال رحلة نموهم على مدى العمر حتى يتم الوصول بهم إلى اعلي مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والتوافق النفسي، وذلك عن طريق معرفتهم وتقبلهم لذاتهم ونمو مفهوم موجب عن الذات لديهم، وتحديد أهدافهم بطريقة سلمية وتوجيه قدراتهم التوجيه السليم نفسياً وتربوياً ومهنياً من خلال رعاية نمو الفرد نمواً متكاملاً (الداهري، 2005، ص 416). ويجري ذلك من خلال دراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات وتوجيهها التوجيه السليم نفسياً وتربوياً ومهنياً ومن خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

وفي المجال التربوي يساعد الطالب حتى يصل إلى أعلى مستوى من النضج والصحة النفسية والكفاية. ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال مراعاة متطلبات النمو لكل مرحلة تعليمية يمر بها الطالب لأن النمو السوي يتطلب توفير جميع الوسائل والإجراءات التي تؤدي إلى النمو السليم. هذا إلى جانب استثمار وتنمية قدرات الطالب وطاقاته لأقصى حد ممكن. ومن الجوانب التي يمكن تنميتها عند الأفراد في هذا الإطار ما يلي:

برنامج لتنمية الاستقلالية والاعتماد على النفس.

برنامج لتنمية الدافعية نحو التعلم.

برنامج لتنمية روح الفريق والقيادة.

برنامج لتنمية القدرة على التخطيط لشغل أوقات الفراغ.

برنامج للتدريب على طرق الاستذكار الجيد.

2. المنهج الوقائي

الوقاية النفسية وهي مجموعة الإجراءات والتدابير الاحترازية التي تعتمدها الأسرة والمجتمع للحد من السيطرة على انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية من خلال كشف أسباب تلك الاضطرابات والسيطرة عليها بالاستعانة بالوعي النفسي، او نشر الوعي النفسي، او باستخدام الوسائل الطبية الحديثة التي تتضمن التلقيح ضد المرض والتشخيص المبكر والعلاج الفوري له (الجبوري، 2011، ص 171).

فهذا المنهج يعتمد مبدأ الوقاية النفسية قبل كل شيء لذا يهتم هذا المنهج بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من حدوث المشكلات والاضطرابات والإمراض النفسية. ومن الملاحظ ان معظم الأديان تهدف إلى وقاية الفرد والمجتمع من السلوك غير السوي من خلال إرشادهم إلى الابتعاد عن المعاصي وتوضيح أثره السلبي، وفي الإسلام قوله تعالى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَتَّبِعُواْ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِۚ وَمَن يَتَّبِعۡ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِ فَإِنَّهُۥ يَأۡمُرُ بِٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِۚ﴾ صدق الله العلي العظيم سورة (النور/الآية:21).

ويطلق عليه أحياناً منهج (التحصين النفسي) ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ويهتم المنهج بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم ضد حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. يهدف المنهج الوقائي إلى محاولة منع المشكلة أو الاضطراب بإزالة الأسباب المؤدية إلى ذلك كما إنها تعمل على الكشف عن المشكلات السلوكية والانفعالية في مراحلها الأولى مما يسهل التصدي لها ومواجهتها ويمكن أن يتحقق ذلك في المدرسة مثلاً عن طريق التوعية التي يجب نشرها بين الطلبة عن طريق النشرات والندوات والمحاضرات والإذاعة المدرسية التي تهدف إلى التعريف بأسباب المشكلة أو الاضطراب وأهم الوسائل لتجنبها.

وفي المجال التربوي يهدف هذا المنهج إلى توعية وتبصير الطلبة حول الآثار التي يتعرض لها بعضهم من النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية وإزالة أسبابها مثل.

أضرار عدم تناول الإفطار مبكراً على الصحة.

التدخين والمخدرات وأضرارها.

حوادث الطرق وكيفية الوقاية منها.

بيان أضرار التقليد الأعمى لبعض العادات والتي يمارسها بعض الطلبة.

اضرار الناتجة عن استعمال الخاطئ أو في غير محله لوسائل الاتصال الحديثة(الخلوي- الموبايل، الشبكة العنكبوتية –الانترنت، القنوات الفضائية)

ويشمل المنهج الوقائي ثلاثة مستويات:

الأول: ويمثل مستوى الوقاية الأولية المبدئية لمنع حدوث الاضطرابات النفسية وذلك عن طريق إزالة أسبابها ودوافعها.

الثاني: الوقائية الثانوية: وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره.

الثالث: وهو مستوى الوقاية المرافقة وذلك بمساعدة الفرد المضطرب نفسياً على تجاوز المضاعفات المرضية ومنع تفاقم الاضطرابات والأزمات، أو منع جعل المرض مزمناً.

ويركز المرشد على ثلاثة جوانب وقائية في إطار حماية الطلاب من الوقوع فريسة للاضطرابات السلوكية والنفسية وهي:

الوقاية الصحية: وتتضمن الاهتمام بالصحة العامة للطلبة والكشف الدوري عنهم وتحصينهم ضد الأمراض الوبائية .

الوقاية النفسية: وتتضمن رعاية النمو النفسي السوي وتنمية الذات الواقعية وتزويد الطلاب بالوسائل المتنوعة التي تعينه على تحقيق مطالبه في المراحل العمرية المختلفة .

الوقاية الاجتماعية: تتضمن تكوين اتجاهات إيجابية نحو المجتمع المدرسي وتنمية المهارات الاجتماعية التي تسهم في التفاعل السوي بين الطالب والمحيطين به.

3. المنهج العلاجي

هذا المهج يظهر بشكل واضح من اسمه انه يتعامل مع المصابين بالاضطرابات أو الامراض. لذا فأن دوره يتركز في علاج المشكلات والاضطرابات النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

ويهتم المنهج العلاجي باعتماد النظريات النفسية التي تفسر الاضطراب والمرض النفسي وتشخيص طرائق علاجه وتوافر المرشدين والمعالجين والمراكز النفسية. ويوظف ما لدينا من معرفة نفسية في تشخيص وعلاج ورعاية المضطربين نفسياً وعقلياً والمنحرفين سلوكياً بهدف مساعدتهم على التقليل من الآثار السلبية للانحراف. ويستند إلى وجه النظر القائلة (ان هناك مشكلة فردية او جماعية، محددة او عامة، سطحية او عميقة، جارية او طويلة، وانها تحتاج إلى حل (القذافي، 1992، ص329-330). ويحتاج المنهج العلاجي إلى تخصص أدق في علم النفس الإرشادي العلاجي إذا قورن بالمنهجين التنموي والوقائي، وهو أكثر المناهج تكلفة في الوقت والجهد ونسبة نجاح الإستراتيجية العلاجية لا تكون(100٪) وقد يفلت الزمام من يد المرشد إذا ما بدء العلاج بعد فوات الأوان.

وتظهر الحاجة إلى المنهج العلاجي نتيجة لعدة أسباب منها :

لايمكن ان يحصل كل الافراد (بما فيهم الطلبة) لبرامج المنهاج الإنمائي أو الوقائي، وبالتالي قد يصاب البعض من الافراد بالاضطرابات النفسية التي تستوجب العلاج.

البعض من الافراد يبخسون القيمة الكبيرة لهذه البرامج لذا يرفضون الدخول في برامج انمائية أو وقائية بحجة انها مضيعة للوقت أو انهم يعتقدون انهم اسوياء بما فيه الكفاية ولن يصابوا بأي اضطراب مستقبلا.

من الصعب التنبؤ ببعض المشكلات والاضطرابات فتحدث بالفعل.

وتوجد برامج علاجية يمكن للأخصائي النفسي المدرسي ممارستها والمشاركة بها داخل إطار المدرسة وهي:

برنامج لمواجهة المخاوف المرضية (الفوبيا) من المدرسة ـ الحيوانات ـ الطيور ـ الأماكن المرتفعة ـ الظلام ـ الأماكن الضيقة ... وغيرها.

برنامج لمواجهة مشكلة التأخر الدراسي وصعوبات التعلم.

برنامج لمواجهة قلق الامتحانات.

برنامج لمواجهة مشكلات الأسرة.

برنامج لمواجهة الكذب.

برنامج لمواجهة التدخين والمخدرات.

برنامج لمواجهة الشعور بالوحدة النفسية.

برنامج لمواجهة عدم القدرة على اتخاذ القرار.

أساليب الإرشاد

تتنوع أساليب الإرشاد وتتباين وفقا لطبيعة المشكلة ومتغيراتها وبحسب حاجات المسترشد، فضلاً عن مدى انتشار وشيوع المشكلة من حيث أنّها مشكلة فردية او عامة وبهذا يمكن تصنيف أساليب الإرشاد تبعا لمدى شيوع المشكلة إلى ما يأتي:

أسلوب الإرشاد الفردي:

وهذا النوع من الإرشاد يقدم إلى مسترشد واحد وجها لوجه في مكان خاص (زهران، 1977، ص 242)، حيث يعمل المرشد على تبادل المعلومات وإثارة الدافعية لدى المسترشد وتفسير المشكلات ووضع خطط العمل المناسبة، ويشترط ان يسود جو المقابلة الثقة المتبادلة والتسامح والاحترام كما يكون من حق المسترشد الخيار في التعبير عن جميع مشاعره دون تردد او خوف من النقد ويجب ان يكون للمرشد الخبرة والمهارة في التعامل مع المسترشد لتوضيح المشكلة وحلّها.

فوائد الإرشاد الفردي:

1. يتيح الإرشاد والعلاج النفسي الفردي للطالب فرصة للتحدث مع المرشد النفسي حول بعض المشكلات الشخصية التي يصعب عليه مواجهتها بمفرده.
2. يساعد الطالب على مناقشة الصعوبات أو المشكلات التي تواجهه في ضوء علاقة مهنية

تحكمها أخلاقيات وأسس علمية ومهنية.

3. مساعدة الطالب في فهم ومعالجة مشكلاته الشخصية والاجتماعية والمهنية.
4. يساعد المرشد النفسي الطالب على استكشاف الخيارات المتاحة أمامه واختيار الأنسب منها بما يتفق وإمكانات البيئة المحيطة به.

عدد الجلسات الإرشادية الفردية

أ. الحد الأقصى لإرشاد طالبٍ ما هو (10) جلسات في كل فصل دراسي بمعدل (45) دقيقة للجلسة الواحدة.

ب. في بعض الحالات يمكن للطالب الحصول على عدد من الجلسات

الإرشادية يزيد أو يقل عن ذلك بالتنسيق مع المرشد النفسي وتحديد عدد الجلسات الإرشادية ومدة كل جلسة وفقاً للأهداف التي سيتم الاتفاق عليها.

الإحالة إلى جهات أخرى أكثر اختصاصاً في مساعدة الطلبة :

يتم إحالة الطلبة إلى جهات أخرى داخل الجامعة أو خارجها لتلقي الخدمة المناسبة في حالة عدم توفرها في المركز الارشادي ويتم ذلك وفق إجراءات تنظم عملية الإحالة.

اسلوب الإرشاد الجماعي :

هو الإرشاد الذي يتم بين مرشد ومجموعة من المسترشدين يعانون من مشكلات عامة، ويحسن أن تتقارب مشكلاتهم وتتشابه اضطراباتهم حتى يستطيع المرشد في الجلسة الإرشادية مشاركة الجميع في الحل، والأمر الآخر هو التجانس العقلي والفكري لأعضاء المجموعة، كما يفضل أن يكون العدد قليلاً نوعاً ما، حتى يسمح للجميع المشاركة وطرح الرأي حول المشكلة والاستفادة من الجلسة الإرشادية، لأن المشكلات سوف تكون عامة وبالتالي تكون متشابهة، وعلى هذا الأساس يمكننا القول إن الإرشاد الجمعي هو عملية تربوية يقوم على أسس نفسية واجتماعية (ربيع ، 2003). وباختصار يمكن القول انه أحد أشكال الإرشاد النفسي التي تقدم لمجموعة من الأشخاص الذين تكون لديهم اهتمامات وصعوبات متشابهة يقوم المرشد النفسي فيها بدور القائد الذي يعمل على تسهيل التفاعل بين أعضاء المجموعة لتحقيق أهدافها. ويعد هذا النوع من الإرشاد من أكثر الأساليب الإرشادية فعالية في معالجة بعض المشكلات مثل الخجل والقلق الاجتماعي وقلق الامتحان وغيرها من المشكلات.

فوائد الإرشاد الجمعي

يسعى الإرشاد الجمعي لتعليم أعضاء المجموعة مهارات الاتصال والتواصل.

تعليم أعضاء الجماعة طرق حل المشكلات وتعديل سلوكياتهم بطرائق غير مباشرة.

مساعدة أفراد الجماعة بالتدريب على التكيف مع الرفاق وأفراد الأسرة وأفراد المجتمع.

تعليمهم طرق التفاعل الاجتماعي والتعاون واحترام الآخرين والالتزام بأخلاقيات الجماعة ومعاييرها والمحافظة على أسرارها.

تعليمهم كيفية الاعتماد على النفس وتنمية روح القيادة وحب مساعدة الآخرين والأخذ والعطاء وأدب الحديث واكتساب الثقة بالنفس.

الحالات التي يستخدم فيها الإرشاد الجمعي

إرشاد جماعات الأطفال والشباب والراشدين والشيوخ.

الإرشاد الأسري والوالدين للمساعدة في إرشاد أولادهم.

الإرشاد المهني في المدارس والمؤسسات.

أصحاب الحالات ذات المشكلات العامة والمشتركة.

حالات التمركز حول الذات والانطواء والخجل والصمت والشعور بالنقص.

تكوين المجموعة الإرشادية:

تتكون المجموعة الإرشادية الواحدة من أربعة إلى عشرة أعضاء فضلا عن موجه إلى اثنين من المرشدين من الاختصاصيين النفسيين.

تلتقي المجموعة الإرشادية أسبوعياً ولمدة ساعة أو ساعتين أو وفق ما يتم الاتفاق عليه.

تكون المجموعة الإرشادية مستمرة ومحددة بفترة زمنية ولتكن فصلاً دراسياً واحداً.

يتم تشكيل المجموعة الإرشادية على أساس موضوع ما (كمجموعة الأفراد الذين لديهم قلق الامتحان، سوء التوافق).

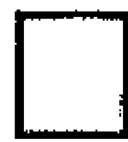
أو يتم تشكيل المجموعة على أساس جماعات إرشادية عامة. تناقش هذه المجموعات موضوعات متعددة يطرحها أعضاء كل مجموعة (مثل الصعوبات في تكوين صداقات مع الآخرين أو الصعوبات الأكاديمية).

أوجه الاختلاف بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي كما موضحة في الجدول/2 ادناه.

(جدول/2)

الاختلاف بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي

ت	الإرشاد الجمعي	الإرشاد الفردي
.1	مشكلاته غالباً تكون عامة	مشكلاته تكون خاصة
.2	لا تستدعي المشكلة في كثير من الأحيان السرية	يتميز الإرشاد النفسي بالسرية التامة
3	التفاعل ضئيل بين المرشد والمسترشد	التفاعل عالي جداً بين المرشد والمسترشد
4	دور المرشد ناصح وموجه في أكثر الأحيان	دور المرشد فاعل ومؤثر في اغلب الأحيان
5	قد تحتاج المشكلة الى عدة جلسات	تحتاج بعض مشكلاته إلى عدد قليل من الجلسات
6	مدة الجلسة طويلة نسبياً	مدة الجلسة قصيرة نسبياً
7	أكثر اقتصادية ويوفر الجهد والوقت	أكثر كلفة لأنه يتعامل مع كل فرد لوحده



أمثلة عن البرامج الإرشادية والعلاجية في معالجة مشكلات شائعة.

وفيما يأتي سوف نذكر منها:

مثال رقم (1): بناء وتطبيق البرنامج الإرشادي

خطوات إعداد البرنامج الإرشادي:

تحديد الاحتياجات.

اختيار الأولويات.

تحديد الأهداف.

إيجاد برامج ونشاطات لتحقيق الأهداف الموضوعة.

تقويم النتائج.

خطوات التخطيط لبرنامج والإرشاد للبحث الحالي بحسب نظام (التخطيط، البرمجة، الميزانية). (الساعدي، 2006، ص92)

1. **تحديد الاحتياجات:** يعد تحديد الاحتياجات الخطوة الأولى في عملية بناء البرنامج الإرشادي، وذلك من خلال إعداد استبيان يتضمن عناوين الجلسات الإرشادية بالاعتماد على الأدبيات والدراسات السابقة الخاصة بالمشكلة المراد دراستها.
2. **اختيار الأولويات:** ويعني دراسة الظاهرة التي تتكرر أكثر لدى أفراد المجتمع بحيث أصبحت تشكل مشكلة تستحق الدراسة والبحث لغرض علاجها.
3. **تحديد الأهداف:** مما لا شك فيه ان صياغة أهداف البرنامج الإرشادي عملية في غاية الأهمية، إذ تتوقف محتويات البرنامج على الأهداف المراد تحقيقها.

4. **إيجاد نشاطات لتحقيق أهداف البرنامج:** ان تحقيق النشاطات التي يتضمنها البرنامج الإرشادي يتوقف على أهداف هذا البرنامج، وعلى نوع الإمكانات المتوافرة.

5. **تقويم البرنامج:** قبل تطبيق البرنامج يقوم الباحث بإجراء الاختبار القبلي وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج يقوم الباحث بإجراء الاختبار البعدي من خلال اعادة تطبيق المقاييس مرة ثانية على افراد المجموعة التجريبية والمجموع ة الضابطة لمعرفة اثر البرنامج في تغيير السلوك المراد تغييره أو تعديله لدى افراد المجموعة التجريبية.

أولا. أهداف البرنامج

هدف عام

هدف خاص

ثانيا : المحتوى الذي يتضمنه البرنامج

عدد الجلسات

محتوى البرنامج

استمارة المعلومات الخاصة بالمريض

استمارة الاتفاق بين المرشد والمسترشد

ثالثا : مستلزمات تنفيذ البرامج

تهيئة مكان

أجهزة

كراسات

رابعا : لغرض تنفيذ البرنامج بالشكل المطلوب توجد عدة عوامل يجب أخذها بنظر الاعتبار وهي

أرادة ورغبة المريض بالعلاج

تهيئة الجو المحيط

تهيئة الفرد نفسيا

مثال رقم (2): بناء وتطبيق البرنامج العلاجي

(قام المؤلف د. علي محمود كاظم الجبوري ببنائه لعلاج اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، وهو بحث منشور في مجلة كلية التربية للعلوم الانسانية/ جامعة بابل)، (الجبوري، 2010، ص265-288)

بعد اطلاع الباحث على الأدبيات والدراسات السابقة التي جرى استعراضها في فقرتي التفسيرات النظرية لأسباب الرهاب الاجتماعي، وطرائق علاجه. قام الباحث ببناء البرنامج العلاجي وهو على النحو الآتي:

هدفا البرنامج:

الهدف العام للبرنامج: تدريب المفحوص على تمارين معينة لتعديل سلوكه حتى يستطيع مواجهة المواقف الاجتماعية العامة.

الهدف الخاص للبرنامج: معرفة فاعلية البرنامج في علاج الرهاب الاجتماعي.

محتويات البرنامج:

يتضمن البرنامج ست جلسات علاجية يدرب فيها المفحوص على إلقاء المحاضرة (لعب الدور) بالاستعانة بأسلوب إزالة التحسس، وبمعدل جلسة واحدة أسبوعيا، علما ان أدبيات علم النفس السريري تشير إلى ان العلاج في هذا النمط من الأساليب العلاجية يمكن ان يكون يوميا أو أسبوعيا مما يساعد على التقدم الملموس وعلى منع العادة العصابية من الانتكاس Relapse (الزراد، 2008، ص205).

وبعد ان يوزع المفحوصين عشوائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة، يجري تطبيق الاختبار القبلي وهو مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس شدة المعاناة(وهو من مقاييس التقدير الذاتي)، على المفحوصين في المجموعتين. ثم بعد ذلك تبدأ جلسات البرنامج العلاجي مع المجموعة التجريبية.

الجلسة الأولى: وتتضمن الخطوات الأساسية التي سوف يبدأها الباحث مع المفحوصين، وهي:

الترحيب بالمجموعة.

الاتفاق على موعد الجلسات من حيث الزمان والمكان.

مقدمة عن البرنامج تتضمن تعريف طريقة التعرض .Exposure وهي التعرض للمواقف المثيرة للخوف والقلق، وقد يكون التعرض تدريجيا بواسطة إزالة التحسس Desensitization أو الغمر Flooding . والتعرض هو أحد الأساليب العلاجية السلوكية التي ستساعدهم على ان يكونوا أكثر ثقة بالنفس وأكثر فاعلية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين. وسيعتمد الباحث طريقة إزالة التحسس، إذ ان هذه الطريقة في هذا النوع من السلوك هي أفضل من طريقة الغمر كونها ستعتمد التعرض التدريجي في تدريب الطلبة على إلقاء المحاضرة بدلا من أن يلقي الطالب المحاضرة كاملة من دون تدريب مسبق، ففي هذا النوع من العلاج عادة ما يبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة (الزراد، 2008، ص179) ولهذا قام الباحث بالاستفادة من هذا الجانب من خلال تقديم المفحوص في الجلسة التدريبية يبدأ بالوقوف وتقديم المحاضرة لفترة وجيزة تبدأ من عشر دقائق ثم تزداد تدريجيا من جلسة إلى أخرى حتى نهاية البرنامج.

توضيح ما هو مطلوب من المفحوصين في كل جلسة علاجية، وما مطلوب من واجبات بيتية (سيكون الواجب البيتي هو تقديم ملخص مكتوب للمحاضرة

التي سيقدمها الطالب في الجلسة القادمة، وهكذا لكل جلسة تدريب حتى أخر جلسة تدريبية).

بعد ان يحدد الباحث الموضوع الذي سيقدمه المفحوصين في المحاضرة، يطلب الباحث من أفراد المجموعة التجريبية تهيئة أنفسهم للمحاضرة التي سيقدمها كل فرد خلال جلسة التدريب.

الجلسة الثانية: وتتضمن:

يطلب الباحث من المفحوص الملخص (وهو الواجب البيتي) عن المحاضرة التي سيلقيها أمام الطلبة، إذ في نهاية كل جلسة ستحدد المحاضرة المطلوب من المفحوص تحضيرها للجلسة القادمة. ويحضره معه قبل كل جلسة علاجية.

يطلب من كل مفحوص ان يتدرب على إلقاء المحاضرة من خلال لعب الدور في البيت، باعتباره جزءا من برنامج الإزالة المنظمة للحساسية (دافيدوف، 1983، ص708)، ثم يطلب منه ان يؤديها في القاعة الدراسية لمدة عشر دقائق فقط، وحدد الوقت بعشر دقائق لان الأدبيات الخاصة بهذه النوع من العلاج تشير إلى ان المشهد يجب يقدم خلال فترة تمتد من (5-15) دقيقة (الزراد، 2008، ص204)، ولان البرنامج ذو تدريب تدريجي سيكون في هذه المحاضرة كل أفراد المجموعة التجريبية واقفين معا أمام الطلبة، لان وجودهما مجتمعين معا يقلل من شعورهم بالقلق، إذ أشارت الدراسات السابقة ان الأفراد يفضلون البقاء مجتمعين معا في حالة الخوف أو القلق (مايرز، 1990، ص103). الباحث (مدرس المادة) سيكون واقف معهم بخط مستقيم حتى لا يشعر المفحوص انه ينظر إليه من أجل تقليل حالة الشعور بالخجل. وفي هذه الأثناء يقوم الباحث بتسجيل الملاحظات عن كل مفحوص خلال أداءه للمهمة المطلوبة منه، وهكذا لجميع المفحوصين.

عقد لقاء بعد ان تنتهي كل محاضرة لغرض مناقشة الملاحظات التي دونها الباحث عن كل مفحوص. وذلك من أجل تنبيهه لتعديل بعض الأخطاء التي يحتمل انه وقع بها عند إلقاء المحاضرة. وهنا ستناقش هذه الملاحظات مع أفراد

المجموعة التجريبية فقط بعيدا عن زملائهم الآخرين تجنبا للإحراج، وبالوقت نفسه تقديم التعزيز له عن ما قدمه من نشاط. وهنا سيكون التعزيز بمثابة تغذية مرتدة، وذلك لان معرفة النتائج هو أساسي لتطوير الأداء وتحسينه، ويجب ان تركز التغذية المرتدة على السلوك أكثر من تركيزها على الفرد وتركز على السلوكيات التي تعلمها في أثناء الجلسة أو من تعلم الجلسات السابقة، وكذلك تركز على الايجابيات، ولهذا السبب فهي نافعة لانها تعطي فرصة للمفحوص من أجل تقديم الأفضل في المحاضرة القادمة (جاسم، 2000، ص141).

الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة: وتتضمن:

سيطلب من المفحوصين تقديم الواجب البيتي وهو ملخص المحاضرة التي سيلقيها.

لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا لمدة عشر دقائق. في هذه المحاضرة يقوم كل اثنان فقط من المفحوصين بتقديم المحاضرة، ثم اثنان آخران، وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة (الباحث) واقفا بموازاة المفحوصين لغرض تجنب الإحراج، ويدون الملاحظات عن أداء كل فرد من المفحوصين.

عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي الإجراءات السابقة نفسها في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).

الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة:

سيطلب من المفحوصين تقديم الواجب البيتي.

لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا لمدة خمسة عشر دقيقة. في هذه المحاضرة يقوم كل مفحوص لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد

المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة (الباحث) واقفا بموازاة الطالب لغرض تجنب الإحراج، ويدون الملاحظات عن أداء كل فرد من المفحوصين.

عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي الإجراءات السابقة نفسها في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).

الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة:

سيطلب من المفحوصين تقديم الواجب البيتي.

لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة ولكن لمدة عشرون دقيقة. في هذه المحاضرة يقوم كل مفحوص لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. لكن في هذه المحاضرة سيكون مدرس المادة(الباحث) واقف وسط الطلبة أي بمواجهة المفحوص ويدون الملاحظات عن كل فرد من المفحوصين.

عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي نفس الإجراءات السابقة في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).

الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة السادسة وهي الأخيرة:

سيطلب من المفحوصين تقديم الواجب البيتي.

لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا ولكن لمدة ثلاثون دقيقة. في هذه المحاضرة أيضا سيقوم كل مفحوص لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة(الباحث) واقف وسط الطلبة أي بمواجهة المفحوص، ويدون الملاحظات عن كل فرد من المفحوصين.

عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي نفس الإجراءات السابقة في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).

تقديم الشكر والاحترام للمفحوصين لالتزامهم بالوقت وحضور جلسات التدريب. بعد ذلك يجري إبلاغ المجموعتين التجريبية والضابطة لأجراء الاختبار البعدي لتقويم مدى فاعلية البرنامج. من خلال:

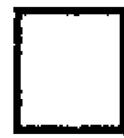
إعادة تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي مرة ثانية على كلا المجموعتين.

إعادة تطبيق مقياس شدة المعاناة التي يشعر بها المفحوص.

إجراءات تقويم البرنامج:

من خلال تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي قبل البدء بالبرنامج العلاجي (الاختبار القبلي) وإعادة تطبيقه بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي(الاختبار البعدي) لمعرفة أثر البرنامج في التقليل من الاضطراب.

تطبيق مقياس شدة المعاناة التي يشعر بها المفحوص. قبل البدء بالبرنامج العلاجي (الاختبار القبلي) وإعادة تطبيقه بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي(الاختبار البعدي)، وجاء اعتماد الباحث على هذا المقياس لان معظم المعالجين يعتمدون في ذلك على التقدير الشخصي للمريض نفسه (الزراد، 2008، ص204)، ولاشك في ذلك ان المريض هو أكثر واحد يمكن ان يتحسس مدى ما يشعر به من تحسن في حالته المرضية، أو عدم حدوث تغير فيما يشعر به من معاناة. ويحتوي هذا المقياس على تدرج من (صفر-- 4) وتمثل هذه التقسيمات الخمسة شدة المعاناة. إذ يمثل (الصفر) عدم وجود معاناة، ويمثل رقم (1) معاناة بسيطة، ويمثل الرقم(2) معاناة متوسطة، ومثل الرقم (3) معاناة شديدة، ويمثل الرقم (4) معاناة شديدة جدا.(Marks, 1992, P. 14 & Al-Kubaisy). وذلك لمعرفة مدى التحسن الذي يشعر به المفحوص كما يقدره هو من خلال تقديره لمقدار ما يشعر من انخفاض شدة معاناته.



الفائدة من البرامج الإرشادية

تحقيق التوافق

تقديم البحوث

رفع المستوى العلمي

تحديد نوع الدراسة المناسب

خلق الاستعداد لتقبل البيئة الجديدة

مشكلات البرامج الارشادية

عدم اهتمام إدارة المدرسة بالإرشاد النفسي وخدماته

عدم وجود الوعي بالإرشاد مما يؤدي إلى الخلط بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

نقص الوقت لدى المسئولين

نقص العدد (ملاك التنفيذ)

قلة الاهتمام وعدم تعاون الوالدين مع البرنامج

نقص التجهيزات المطلوبة من أماكن وأجهزة ووسائل

صعوبة التقييم بسبب صعوبة إيجاد مجموعات ضابطة

واجبات المرشد التربوي

الواجبات العامة:

1. مساعدة الطلبة على التعامل مع مشاكلهم النفسية، الاجتماعية، العاطفية، السلوكية.
2. تحديد الطلاب ذوي الحاجة لخدمات نفسية أو اجتماعية متقدمة وذلك عن طريق أجراء الاختبارات والفحوصات.

3. تحويل الحالات إلى المؤسسات المتخصصة للحالات التي تحتاج إلى علاج نفسي أو تدخل على مستوى متخصص.
4. أجراء الدراسات التي تبين احتياجات الطلاب على المستوى التطوير الأكاديمي، الاحتياجات النفسية، الاجتماعية، السلوكية.
5. مساعدة الطلبة على تحقيق أفضل النتائج الأكاديمية.
6. تدعيم وبناء شخصية سوية عند الطالب.
7. تطوير قدرات وإمكانيات الطالب للاستعداد للخروج للعمل.
8. مساعدة الطلاب في تحيد أهدافهم المستقبلية وفي كيفية وضع خطط للوصول للأهداف.
9. إرشاد الطلاب للطرق الأفضل للتعامل مع المشاكل ووضع الحلول لها.
10. إرشاد الطلاب لتطوير قدراتهم ومهاراتهم وتحديد ميولهم والمحاولة للوصول إليها.
11. تطوير المهارات والقدرات الاجتماعية والشخصية عند الطالب.
12. العمل مع الأهل وتقديم الاستشارة للتعامل مع أطفالهم ولوضع خطة تعاون مشتركة.
13. العمل مع المعلمين والإدارة المدرسية لفهم أوضح للطلاب.
14. العمل مع المعلمين والإدارة المدرسية لوضع الآليات الأفضل للتعامل مع الطلاب.
15. العمل على تنسيق العمل مع المجتمع المدني لتقديم الخدمات الإرشادية للمدرسة.
16. تنفيذ زيارات منزلية للطلبة للتعرف على البيئة ودراسة الوضع الاجتماعي للطالب.

الواجبات الخاصة:

المرشد كأخصائي: وذلك من خلال العمل مع الطلبة من خلال الإرشاد الفردي والجماعي، والتوجيه الجمعي وذلك لتنمية قدرات وإمكانيات الطلاب، ومساعدتهم في تجاوز مشاكلهم النفسية، الاجتماعية، التربوية، الأكاديمية، وتقديم التوجيه المهني.

المرشد كمستشار: وذلك لتقديم الاستشارة للآهل لفهم أوضح لأطفالهم وطرق التعامل معهم، وكذلك للمعلمين والإدارة المدرسية في كيفية التعامل مع الطلاب وفهم الطالب من الجوانب المختلفة ووضع آليات المناسبة للتعامل معهم.

المرشد كمنسق: في تنسيق الأنشطة التربوية داخل المدرسة. التنسيق مع مؤسسات الأهلية والحكومية المختلفة لتقديم الخدمات للمدرسة.

الفصل السابع

الأمراض النفسجسمية



الانفعالات والأمراض الجسمية

الانفعال والإصابة بالأمراض الجسمية

الضغوط النفسية

الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي

مصادر الضغوط النفسية

النظريات التي فسرت الضغوط النفسية

تعريف الأمراض النفسجسمية

الملامح التي تميز هذه الأمراض النفسجسمية

7

الفصل السابع

الأمراض النفسجسمية

الانفعالات والأمراض الجسمية

الانفعالات لها دور هام في حياتنا نظرا لأثرها المهم في حياتنا الوجدانية، والذي ينطلق بلا شك من أحكام تقييميه في أصلها، وبها تتحدد النوايا السلوكية ومضامين الرسائل التي نود أن نوصلها للآخرين، وبخاصة إذا ما وضعنا في اعتبارنا أن الانفعالات لا توجد في صورة مجردة بل تتداخل مع غيرها، ولقد حظي موضوع الانفعالات باهتمام العديد من علماء النفس سواء في المجال السوي أو المرضى، ودرس من عدة زوايا نظرا لأهميته النظرية والعملية، فلقد درست الانفعالات من حيث أنواعها وأبعادها وأساسها الفسيولوجي، ومظاهرها، والنظريات المفسرة لها، وكيفية ارتقائها، ودرست أيضا حالات الاستثارة الانفعالية في علاقتها بكفاءة الأداء وقياس الانفعالات والاضطرابات الانفعالية وكيفية التحكم فيها وعلاجها. وفي هذا المجال سيجري التركيز على احد تأثيرات الانفعالات السلبية على الجانب الجسمي للفرد، وكما هو معروف ان هذه التأثيرات مختلفة فيما تتركه من اثر على الفرد وهذا نجدها تتراوح من احمرار وجه الفرد في حالة تعرضه لانفعال الخجل واصفرار وجه الفرد في حالة تعرضه لانفعال الخوف، وصولا الىاعلى درجة تأثير سلبي يمكن ان تتركها الانفعالات في جسم الانسان وهي حدوث تلف في انسجة الجسم، ومنها على سبيل المثال الاصابة بالقرحة المعدية، والمعوية، والتهاب الجلد العصبيNurodermatites ...الخ، وهذه الفئة الكبيرة من الامراض تسمى في الوقت الحاضر بالأمراض النفسجسمية Psychosomatic Diseases.

الانفعال والإصابة بالأمراض الجسمية

لايمكن ان نوضح علاقة الانفعالات بالإصابة بالأمراض الجسمية قبل كيفية الاصابة أو (طريق) الاصابة بهذه الامراض؟ وهي ما يتعرض له الانسان في الوقت الحاضر والتي تسمى بالضغوط Stress، وهي العلامة الفارقة في عصر التطور والتقدم التكنلوجي في الوقت الحاضر.

الضغوط النفسية:

وزاد الاهتمام بدراسة الضغوط النفسية وبما تسببه من اضطرابات جسمية ونفسية في الربع الأخير من القرن الماضي، إذ تضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث الصادر عن رابطة الأطباء النفسانيين الأمريكية (Statistical ManualIII & Diagnostic)عام (1980) ، الذي يعرف اختصاراً (III- DSM) ، والذي قدم وصفاً للأمراض الحاصلة من جراء الضغوط النفسية، في حين لم تكن مثل هذه الأمراض متضمنة في الدليل التشخيصي الأول (DSM I)الصادر عام (1956)، والدليل الثاني (DSM II)الصادر عام (1967).

ويذكر فونتانا (Fontana)إلى ان الضغوط النفسية شيء طبيعي في حياة الفرد، إذ يطلق سيلي على الضغوط النفسية "**توابل الحياة**" (The spice of life). ولكن عندما تزيد عن درجات التحمل تستنزف الطاقة الجسمية، وتعطل القدرة على تأدية العمل والوصول إلى الأهداف، وان استمرار الضغوط لمدة طويلة ولاسيما الشديدة منها فأنها يمكن ان تؤدي إلى أعراض مثل الأمراض النفسجسمية (القيار، 2002، ص23). وتصيب هذه الاضطرابات الأعضاء الواقعة تحت تحكم الجهاز العصبي اللاإرادي. وتشير الدراسات السابقة ان حوالي نصف الوفيات المبكرة في بريطانيا تعود للضغوط التي اصبح لها تأثير سلبي واضح على الرفاهية النفسية والصحية والعقلية للأفراد، حيث ان الضغوط يمكن ان تزيد من التوتر وتخفف الرفاهية الشخصية، كذلك ترتبط ارتباطا ايجابيا بكل من

الاكتئاب إلى نمط الحياة التي يعيشها الأفراد والى الاصابة بالعيد من الأمراض الجسمية.

يسبب الضغط النفسي تأثيرات جسدية ونفسية تختلف من فرد لأخر، ومن تلكالتأثيرات على سبيل المثال:

تأثيرات على الجسد.

تأثيرات على الأفكار والأحاسيس.

تأثيرات في طريقة التصرف.

ألم في الرأس

ألم في العضلات

ألم في الصدر

عسر هضم.

انقباض في الحنك / جفاف في الحلق.

إمساك/ إسهال.

اكتئاب.

مزاج متقلب.

استياء من العمل.

تدني في الإنتاج.

عرق كثيف في الجسم.

زيادة في الوزن أو خسارته.

مشاكل جلدية / فقدان الشعر والصلع.

قلة التركيز/ كثرة النسيان / تشوش في الوعي.

الانعزال والانسحاب.

فقدان السيطرة على الغضب.

البكاء بكثرة.

وقام فونتانا Fontana بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط الزائدة المفرطة.

وتتمثل هذه القائمة في الآتي:

نتائج فسيولوجية لزيادة الضغوط.

تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط.

تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط.

تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط. والجدول/3 الآتي يوضح ذلك.

(الجدول/3)

التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط

نتائج فسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
1. زيادة الدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد الفعل وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب. 2.زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى	1.عدم القدرة على التركيز. 2.تقل الاستجابة السريعة الحقيقية، وقد تؤدي محاولات التعويض إلى قرارات متسرعة وخاطفة. 3.يزداد معدل الخطأ.	1.زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة على الاسترخاء. 2.زيادة الإحساس بالمرض حيث يحدث تهيؤ أمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة. 3.تزيد مشاكل الشخصية حيث	1.زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة. 2.نقصفي الاهتمامات والتحمس والتنازل عن الأهداف الحياتية. 3.زيادة النسيان. 4.انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح.

نتائج فسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
زيادة تفاعلات الجسم وزيادة استنفاذ الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاض ونقص في الوزن، وأخيرا انهيار عصبي. 3.زيادة إفراز الكوليسترول من الكبد يعطي طاقة للجسم وإذا استمر هذا الضغط لفترة طويلة يحدث تصلب شرايين وأمراض ونوبات القلب. 4.توجد أجهزة أخرى في الجسم تساعد على التغيرات الفسيولوجية السابق ذكرها مثل: امتناع الجهاز الهضمي، وتحول الدم من المعدة والأمعاء إلى الرئتين، وإذا طالت فترة امتناع الجهاز الهضمي يحدث اضطرابات هضمية بالمعدة.	4.تدهور في القدرة على التنظيم والتخطيط بعيد المدى. 5.عدم تحري الدقة، والحقيقة، وتصبح الأفكار متداخلة وغير معقولة.	تتفاقم المشاكل المتواجدة مثل القلق الحساسية المفرطة. 4.ظهور الاكتئاب وعدم المساعدة وشعور بعدم القدرة على التأثير. 5.فشل في تقدير الذات وتطور الشعور بالعجز وعدم القيمة.	5.صعوبة في النوم أو البقاء أكثر من أربعة ساعات في النوم. 6.الميل لإلقاء اللوم على الغير. 7.نقل المسئوليات على الآخرين. 8.ظهور نماذج سلوكية شاذة. 9.حل المشاكل بمستوى سطحي.

تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	نتائج فسيولوجية لزيادة الضغوط
			1.تفاعلات جلدية: حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول الدم منه إلى مناطق أخرى. 2.إفراز الكورتزون بالدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق النفس، وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية.

الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي:

يمكن ان يسبب الضغط النفسي مشاكل أو يجعل هذه المشاكل أسوأ إذا لم يتعلم الشخص طرائق التعامل معه، لهذا أشارت الدراسات الطبية المعاصرة السابقة التي اهتمت بهذا الموضوع إلى وجود ارتباط بين الضغط النفسي والعديد من الأمراض الجسمية (عبيد، 2008، ص، 35- 36).

لاحظنا من خلال التطرق لموضوع الانفعالات، ان الانفعالات لها جانبان ذاتي يحس به المرء وجانب جسمي يظهر على شكل أفعال معينة . فهي تحدث تغيرات فسلحيه كثيرة داخل جسم الكائن الحي والجدير بالملاحظة ان التغيرات الفسلجية التي تحدث هي عادة ما تكون واقعه تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي بشقيه السمبثاوي والبارا سمبثاوي وهذه واحده من أهم الأسباب التي

تجعل صعوبة السيطرة على الانفعال في لحظة وقوعه. لان ما يحدث من تغيرات سواء سرعة ضربات القلب او زيادة ضغط الدم وزيادة عدد مرات التنفس وزيادة مستوى السكر المتحرر من الكبد إلى الدم كان بسبب إفرازات الهرمونات وأكثر الهرمونات تأثيرا في إحداث ذلك هو هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية. وهذه العملية برمتها لا تحدث في الجهاز العصبي الإرادي. صحيح ان الركض او العراك هي حركات إرادية واقعه تحت سيطرة الفرد إلا إنها يمكن ان تكون في بدايتها وكأنها تصرف دون وعي من الفرد ، والدليل على ذلك بعض الأحيان بسبب الانفعال يرتكب الفرد حماقة لا تحمد عقباها ، مما يجعله بعد انتهاء الموقف الانفعالي يندم على اقترافه من حماقة. إذا ما حدث هنا كان استجابة لمثير خارجي قام بها الجهاز العصبي فهو يتولى مهمة استقبال المثيرات الخارجية بواسطة حواسه ويرسلها إلى الدماغ لغرض تفسيرها (إدراكها) حتى يقدم الاستجابة المناسبة لها. وكان ما حدث هو حالة الترابط الموجودة بين الكائن الحي والبيئة ، والأخيرة مليئة بالمثيرات على اختلاف أنواعها وشدتها تؤثر على الكائن الحي ليقوم برد الفعل او الاستجابة لهذه المثيرات. أي ان ما قامت به الميكانزيات الفسيولوجية داخل الجسم كانت نتيجة الاستجابات التوجيهية وردود الفعل التكيفية على تلك التغيرات لكن في بعض الأحيان تكون تلك المثيرات من القوه والشدة – التي يطلق عليها علماء النفس تسمية الضغوطStress- بان تكون الاستجابة الفسيولوجية لها حادة مما تنعكس سلبيا على صحة الكائن الحيوبالتالي الإصابة بأمراض بدنيه تعبر عنها كثير من أمراض العصر المستعصية والتي تسمى الأمراض النفسجسمية مثل ارتفاع ضغط الدم وتهيج القولون وقرحة ألاثني عشري ...الخ. بسبب ما حدث هنا من تغيرات فسيولوجية التي كانت بصفتها رد فعل للمثيرات الخارجية. وتشير الاحصاءات الحديثة ان (80٪) من امراض العصر مثل النوبات القلبية والقرح الدامية و ضغط الدم وغيرها كانت البداية لضغوط النفسية ويشير (جارلس وورث وناثان) بان(75٪) من المرضى المراجعين للاطباء يشكون من امراض ناتجة عن الضغوط وكذلك

الاضطرابات العصابية مثل القلق والشعور بالذنب والاكتئاب والخوف من المستقبل والعدوانية والياس والانطواء والانسحاب وفقدان الثة بالنفس والمشاكل النفسجسمية

ان الانفعالات تساهم في حل المواقف الطارئة الخطيرة ولكن هذه المواقف الطارئة التي يستدعي الانفعال إذ طال بقاءها فأنها تؤدي إلى الاضطراب فالانفعال إذا استمر لمدد طويلة أدى إلى سوء التكيف Maladjustment إذا أستمر الانفعال، أستمر ما يصاحبه من تغيراي فسيولوجية وإذا استمرت هذه أدت إلى حدوث أضرار بالغة بالجسم. ونقصد بهذه الأعراض تلك الأعراض السايكوسوماتية أي الأعراض الجسمية التي ترجع إلى أسباب نفسية.

لقد أسفرت الدراسات التي حاولت ان تعرف اثر الضغط على الحيوان إلى ان الاستجابات الطويلة تؤدي إلى حدوث أضراربليغة في الأعضاء (عيسوي، 1991، ص94) فقد قامبرادي(Brady 1958) بتوليد القرحة تجريبيا في حيوانات المختبر، إذ فرض على القردة في أحدى الدراسات ان تغطرافعة كل بضع ثواني (عشرون ثانية) لمدة ست ساعات لتتجنب صدمة كهربائية، فقد استمرت التجربة ست ساعات، وبعد انتهاء التجربة وبعد مرور ثلاثة أسابيع وجد برادى Brady عدة قروح معدية في أقنيتها الهضمية، فضلا عن وجود تلف في جدران الأوعية الدموية (أسعد، 1996، ص93). اما بالنسبة للإنسان فان الضغوط المستمرة الطويلة تؤدي إلى الأعراض السايكوسوماتية مثل قرحة الاثنا عشري وتهيج القولون وارتفاع ضغط الدم والجلطة والحزاز الجلدي والصداع التوتري ... الخ. ومن أمثلة هذه الضغوطما يتعرض له مدير الشركة والمؤسسة الذي يقضي أسابيع طويلة في حالة طوارئ في مؤسسته، وكذلك الطالب الذي يعاني انفعال الخوف لمدة طويلة، الخوف من الفشل، أو الجندي الذي يبقى تحت ضغوط طويلة في الحرب. هذه الانفعالات الطويلة تؤدي إلى إحداث تغيرات فسيولوجية طويلة أيضا وتؤدي هذه

بدورها إلى تحطيم أعضاء الجسم والى الإصابة بالعديد من الأمراض الجسمية التي ترجع في الكثير من أسبابها إلى التعرض المستمر للضغوط النفسية.

رغم أننا نقدر أثر الظروف التي يمر بها الفرد والتي يعرضه للضغط إلا ان الانفعالات الطويلة الأمد ترجع إلى عوامل داخلية أي داخل الفرد نفسه أكثر من رجوعها إلى عوامل موضوعية خارجية، فالفرد مهما أعترضه من مشكلات يجب ان يكون تأثره بها وقتيا وان يخلص نفسه من أثرها بمجردانتهاء الأزمة. بل توجد حالات يعاني الفرد فيها من خوف غامض أي الخوف من المجهول أو الخوف من لاشيء دون ان يعرف له أي سبب، ويرجع ذلك إلى حالة القلق Anxiety التي يعلني منها الفرد أصلا وقد يعاني الفرد من الشعور بالحنق والقنوطResentmentأو شعوره بالعداوة وقد تنتج مثل هذه الحالات من عمليات دينامية داخل الفرد دون ان يكون مدركا لها. فالانفعالات الدائمة الطويلة تؤدي إلى ظهور الأعراض السايكوسوماتية، ولقد أظهرت الكشوف الطبية على المصابين بهذه الأمراض عن وجود انفعالات مؤلمة طويلة (عيسوي، 1991، ص93).

الرد الانفعالي للجسم تجاه الضغوط الحادة يشمل مختلف التغيرات الذاتية والدائرية في حالة الرد الطارئ الرد الفوري لمثير ضاغط. ترى ما لذي يحدث عندما تعجز العضوية عن تخفيف حدة الضغط أو الهروب منه؟ ما لذي يحدث عندما تخضع العضوية لضغوط مزمنة؟

استخدمت عبارة تناذر التكيف العام لوصف رد الجسم العم على عدد من المثيرات الخاصة في دراسات رد المدى الطويل على الضغط. أيدت حيوانات المختبر ذالك الرد العام مشابها للرد الطارئ على ضغوط مثل درجات حرارة تقارب الانجماد، الحجز في قفص صغير، العمل العضلي القسري، عقاقير من مختلف الأشكال والجراثيم المعرضة. تسمى الرد العام المذكور في مرحلة التحذير وهو طور يتميز تخصصيا بتورم الغدة الأدرينالية وبإطلاق الهرمونات التي تتحكم بالالتهابات.

تتغير ردود الحيوان وتدخل ما يسمى مرحلة المقاومة حيث ترجع الغدة الأدرينالية إلى حجمها الطبيعي والردود الحشوية إلى معتادها ويبدي الحيوان تكيفا جميلا ، ان أستمر الضغط وطال لكن التكيف المكشوف يتميز بقدر من الخداعية لاستنفاذ مرحلة المقاومة لكل مصادر تكيف العضوية فإذا ما استمر الضغط طويلا دون نقصان عاودت أعراض العضوية المرحلة الأولى مسيرتها ، فتضخمت الغدة الأدرينالية من جديد ، وقد تموت العضوية ، مما يدفع إلى تسمية تلك الفترة بمرحلة الإنهاك.

يشير نمط ثان من الملاحظة إلى استنفاذ العضوية لمصادر تكيفها في أثناء مرحلة المقاومة ، فإذا أضيف خلال هذه الفترة ضغط ثان من النوع الذي تعمل العضوية على مجابهته يتحطم التكيف ، قد تظهر مرحلة الإنهاك. تلاحظ الظاهرة التراكمية في الحياة اليومية عندما تنهار مقاومة الجسم وبغيرها من الأمراض في فترات الضغط الانفعالي.

ربما قام الضغط المستمر والضغط التراكمي في العديد من أمراض التكيف من مثل تقرح مختلف أجزاء الأوعية الهضمية وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب وأمراض الكلى والروماتيزم. وسوف نشرح القرحة المعدية كمثال على ذلك يعاني اغلب المرضى قروح ادمائية (نازفة) في المعدة والثني عشري بعد عدد قليل من أيام الضغط الحاد مثل الضغوط النفسية المستمرة مثل عدم الشعور بالأمان والخوف من وجود مصدر تهديد تتوقف عليه بقاء الفرد على قيد الحياة الخوف المستمر من وقوع أذى لأحد أفراد الأسرة ... يتوافق التلاحق الزمني هنا مع واقعة تحقيق الخوف الحاد لتدفق حامض المعدة وتقوية الخوف المزمن أو التوتر له. وللإحباط المستمر والغضب المكفوف أثر فعال في توليد القرحة ، يحدث في القرحةان تبدأ عصارة المعدة تآكل جدرانها وجدران الأثنا عشري (أسعد ، 1996 ، ص 92-93).

إذا من ناحية سيكولوجية فان الضغط يشير إلى المواقف التي يكون فيها الفرد واقعاً تحت تأثير إجهاد انفعالي أو جسمي، فإذا استمرت هذه الضغوط شعر الفرد بالنفور وعدم التقبل، وقد تؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسمية، أو ما يطلق عليها بالاضطرابات السايكوسوماتيكية (Psychosomatic).

مصادر الضغوط النفسية :

مصادر الضغوط البيئية : Environmental stressors

وتشمل: الحرارة، والضوضاء، والازدحام، والطقس، وطبيعة المنطقة التي يعيش فيها الفرد.

مصادر الضغوط النفسية : Psychological stressors

ومنها ما يكون أسبابها إدمان الفرد على المخدرات، أو أصابته بجروح أو حروق مشوهه لجسمه، وبعض الالتهابات أو الأمراض، والمجهود البدني.

مصادر الضغوط العاطفية : Psychological stressors

وهي من أكثر الأنواع انتشاراً وأهمية في تأثيرها على الفرد والبعض يطلق عليها الضغوط النفسية – الاجتماعية ، (Psycho Social) كالأحداث الأسرية الطارئة مثل مشكلات الحياة الزوجية أو الانفصال أو الطلاق أو وفاة احد أفراد العائلة أو المقربين. والفشل في العلاقات العاطفية، والتعرض للهجر، والفشل في تحقيق الآمال والطموح تؤدي إلى ضغوط شديدة على الفرد(العيسوي ، 2001 ص 6). ومن مصادر الضغوط لدى العاملين في المؤسسات على اختلاف أنواعها منها: صراع الدور غموض الدور، التطور المهني، كما ان الفقر والحرمان الاقتصادي والظروف المادية الصعبة يمكن ان تقود إلى ضغوط نفسية شديدة على الفرد (سواقد ،2000، ص 47).

النظريات التي فسرت الضغوط النفسية

أولاً : نظريـة لازاروس Lazarus**نظريـة التقييـم المعـرفي** Cognation Estimation Theory(1966)

التقييم المعرفي هو مفهوم أساسي في هذه النظرية، يعتمد على دور الفرد، إذ ان تقييم التهديد ليس مجرد أدراك مبسط للعناصر المكونة لذلك، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف. ويعتمد تقويمالفرد على عدة عوامل منها: **العوامل الشخصية، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه.**

وقد أكد " لازاروس " ان الضغوط تحدث عندما لا يستطيع الفرد التعامل أو التكيف لمتطلبات حياته. وتظهر الضغوط متى ما أدرك الفرد الموقف على انه مهدد له. وهذا التقويم يستند إلى قدرة الفرد على أدراك الموقف، والياته التعاملية المعتمدة مع متطلبات الموقف. وهذا يفسر الاختلافات الفردية في الاستجابة للضغوط وعليه فان شدة أي ضغط تعتمد على أدراك الفرد للموقف أو تعامله مع الموقف الذي ادراكه بكونه مهدداً له، مما سيؤدي إلى استثارة انفعالية والى ظهور محاولات سلوكية للتعامل مع الموقف الضاغط، ومدى تخمين التغييرات النفسية الحاصلة (احمد ، 1998ص12).

ويرى " لازاروس " ان عملية تعرض الفرد للعوامل أو الموقف الضاغطة تمر بثلاث مراحل، وهي:

1. **التعرض للعوامل الضاغطة:** وفيها يتعرض الفرد لنوعين من العوامل المسببة للضغوط وهما :- **المتطلبات البيئية والشخصية.** ويقصد **بالمتطلبات البيئية**، تلك الأحداث الخارجية التي يواجهها الأفراد في حياتهم وتتطلب منهم التوافق معها. أما **المتطلبات الشخصية**، فهي الأهداف والقيم والبرامج، والفعاليات التي يسعى الفرد لتحقيقها أو المحافظة عليها في إثناء حياته.

2. **تقييم الموقف الضاغط:** أكد "لازاروس" على أهمية إدراك الفرد وتقييمه للموقف الضاغط والأساليب التي يستخدمها للتعامل معه. وقد أشار إلى وجود عمليتين متوازيتين للتقييم هما :- **التقييم الأولي** (**Primary Appraisal**)، والتقييم الثانوي (**Secondary Appraisal**). ويشير **التقييم الأولي** إلى إصدار الفرد حكماً معيناً حول نوع الضغط ودرجة تهديده. فقد يقيم الفرد الموقف الذي يتعرض له على انه سلبياً أو ايجابياً ، شديداً أو ضعيفاً ، ضاراً أو غير ضار ....الخ ، أما **التقييم الثانوي** فيشير إلى قدرة الفرد على تحديد مصادر التعامل مع الموقف الضاغطة ، وحرية الاختيار ، والتقييم. إذ يتم تقييم طرق التعامل المتاحة ونتائج اختيار أي منها واحتمال نجاحها ، (Lazorus , 1980 : & Coyne 152). وعلى الرغم من أهمية التقييم الأولي إلا ان التقييم الثانوي يكتسب أهمية كبرى لدى "لازاروس" .

ويتأثر التقييم الأولي والثانوي بعدد من العوامل منها :- **المستوى الثقافي للفرد ، وقدرته على تقويم إمكانياته ، ومستوى ذكائه وخصائصه الشخصية ، وخبراته السابقة ، فضلاً عن طبيعة الموقف الضاغط (المنبه)** (شكري ، 1999 ، ص 560).

3. **المواجهة أو الاستجابة للضغوط:-** وهي المرحلة الأخيرة في عملية التعرض للضغوط ، وفيها يحاول الفرد اختيار أحد البدائل المتاحة للاستجابة ، كأن يكون جهداً فسلجياً أو معرفياً أو سلوكياً ، بهدف التخلص من تأثير الموقف الضاغط ، (Lonbory , 1983 P. 17 & Hackett).

ويقصد بالاستجابة للمواقف الضاغطة أي وقوع الفرد تحت تأثيرها ، وتأخذ استجابة الفرد للضغوط إشكالاً عدة مثل:- **الشعور بالأذى والنقد أو انخفاض تقدير الذات ، والمرض ، أي وقوع ضرراً على الفرد من جراء الموقف الضاغط.** أما مواجهة المواقف الضاغطة فتحدث عندما تتهيأ فرص للفرد للتطور أو الربح على

الرغم من الصعوبة التي يلاقيها الفرد في المواقف الضاغطة ، (Worchel & Wayne , 1986 P. 3665).

ويشير " هيتت ولوتبورغ " (Hactett & Lonbory , 1983)إلى ان الاستجابة ومواجهة المواقف الضاغطة لها وظيفتان، وهما :-

أ- إدارة المشكلة المسببة للضغط بهدف تقليل الأثر الناتج عن مصدر الضغط .

ب- تنظيم الانفعالات بهدف تحويل مصدر الضغط .

وعموماً، قد تكون هذه الاستجابات فاعلة لدى فرد ما، وغير فاعلة لدى فرد آخر. وقد تكون فاعلة في موقف دون غيره (إبراهيم ، 1994 ص 98).

فضلاً عن ان استجابة الفرد تعتمد على المراحل السابقة لهذه العملية، فهي تعتمد على طبيعة العوامل الضاغطة التي تعرض لها، وتقييمه للموقف، واختياره للأسلوب المناسب في التعامل معها (Hactett & Lonbory , 1983 : 17) .

2. **نظرية موس وشيفر** Schaefer & Moos

توضح هذه النظرية تفسيراً للضغوط، إذ تشير إلى ان عمليات المواجهة والتكيف للضغوط تتضمن جهوداً سلوكية ومعرفية يبذلها الفرد في أثناء تعامله مع الموقف والأحداث الضاغطة. وقد حدد " موس وشيفر " ثلاث مراحل تتبع بها استجابة للفرد للحدث الضاغط، (Moos & Schaefer , 1986 P.128)وتشمل هذه المراحل الثلاث:

1. **المرحلة الأولى الخصائص الشخصية، وتشمل:**

أ. **العوامل الديمغرافية والشخصية للفرد:** وتشمل العمر، والجنس، والحالة الاقتصادية والاجتماعية للفرد، والثقة بالنفس، والمعتقدات، والنضج المعرفي والعاطفي، فضلاً عن خبرات الفرد السابقة في مواجهة الأحداث.

ب. **الموقف الضاغط ومكوناته:** أي ما يتعلق بالحدث الضاغط، من حيث نوع الحدث الضاغط ، مثل الكوارث والحروب والعنف، والأحداث الاجتماعية مثل الزواج أو الطلاق، أو موت شخص عزيز، أو العوامل الفسيولوجية مثل المرض. وقوة الحدث الضاغط وشدة تأثيره على الفرد. وما يترتب عنه مدى تعرض الفرد لأخطار الحدث وآثاره، وإمكانية الفرد في مواجهة الحدث والتحكم بآثاره أم لا. فضلاً عن مدة وقوع الحدث (قصيرة أم طويلة). واحتمالية توقع الفرد للحدث أم فجائيته.

ج. **عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية:** وتشمل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والأسر ودرجة تماسك الأفراد (سواء أكانوا أفراد العائلة أم الأصدقاء أو الأشخاص الآخرين المؤثرين في الفرد) (السلطاني ، 1994ص 22) .

2. **المرحلة الثانية:** إدراك الحدث الضاغط والتوافق معه.

3. **المرحلة الثالثة:**

نتائج الحدث الضاغط ، وأثاره على الفرد، وتعد هذه المرحلة محصلة تفاعل العناصر السابقة، وتعبر عن مدى توافق الفرد في مواجهة الحدث أو الموقف الضاغط. وقد يكون ذلك التوافق ناجحاً، إذ يمكن للفرد الإفادة من الخبرات التي حصل عليها في إثناء الحدث في مواصلة حياته. أو قد يخفق في تحقيق التوافق فتظهر عليه أعراض الاضطراب النفسي والجسمي(العتيق ، 2001 ص 61).

3. **نظرية أحداث الحياة الضاغطة** Stressful Life Events Theory

ركزت هذه النظرية على دور الأحداث البيئية، والتغييرات الحياتية التي يتعرض لها الفرد في تفسيرها للضغوط النفسية، وتعود هذه النظرية إلى كل من " هولمز وراهي " (RAHI & Holmes)اللذان وجّها اهتمامهما إلى الأحداث والتغييرات الحياتية الضاغطة التي تؤثر في مختلف جوانب حياة الفرد، مثل حياة

الفرد العائلية، والمهنية والمتطلبات الاقتصادية، والتعليمية، وعلاقاته مع الآخرين، وسكنه (علي، 1994، ص 14).

وقد أشار كل من " هولمز وراهي " إلى ان الأحداث التي يمكن ان تؤثر في حياة الفرد بمجالاتها المتعددة يمكن ان تكون أحداث أما سلبية أو إيجابية، وقد تكون محزنة أو مفرحة، وان هذه الأحداث الضاغطة قد تؤدي إلى زيادة خطر تعرض الفرد للإصابة بالأمراض. وقد دعت العديد من الدراسات هذه النظرية، فقد أكدت هذه الدراسات إلى ان الأحداث المفاجئة والعنيفة ثم تلك التي تحدث في زمن الحروب والكوارث والنكبات قد تؤدي للإصابة بالأمراض وأبرزها أمراض القلب وقرحة المعدة وارتفاع الضغط والسكري، (Hackett & Lonborg , 1983 : 10 – 11).

النظريات البيولوجية

1. **نظرية المواجهة أو الهروب** Fighter or Flight Theory

وتعد هذه النظرية من النظريات الأولى التي ركزت على ردود الأفعال البيولوجية أو الفسيولوجية للضغوط، وقد قدم هذه النظرية العالم الفسيولوجي " والتر كانون " (Walter Cannon , 1932) في أثناء دراسته للكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان والحيوان تجاه التهديدات الخارجية .وتستند هذه النظرية إلى مفهوم " الاتزان البدني " (Homeostasis) الذي يعبر عن فعالية الجسم من اجل المحافظة على استفزاز خصائصه الأساسية ويمثل مفهوم الاتزان العامل الأساسي في قدرة الإنسان والحيوان على مقاومة العوامل الضاغطة . لذلك فقد استخدم " كانون " مصطلح الاستقرار أو الاتزان الداخلي للدلالة على الأحوال الداخلية والخارجية التي تؤثر في عملية الاستقرار أو الاتزان الداخلي لجسم الإنسان أو الحيوان، مثل البرودة ونقص الأوكسجين وغيرها من الأحوال(كمال ، 1988ص 281).

إذ وجد ان هناك عدداً من الأنشطة يقوم بها الكائن الحي تستفزها الغدد والأعصاب لكي تهيئ الجسم لمقاومة الخطر التي أطلق عليها (**أعراض المواجهة أو الهروب**) ، (القيار، 2002ص 29).

وأظهرت ان الضغط النفسي هو السبب الرئيس للعديد من الأمراض الجسمية. وقد توصل إلى ان الأفراد الذين يتعرضون للمواقف الضاغطة أما ليجاهدوا لمقاومتها أو ليهربوا بعيداً عنها. وتظهر عليهم عدد من التغييرات التي تهيئ الفرد للمقاومة أو الهروب، مثل ارتفاع ضغط الدم، وزيادة سرعة التنفس، وزيادة ضربات القلب، وتحرير كمية من الدهون المخزونة. ويتم ذلك كله عن طريق جهاز عصبي يغذي جميع الأحشاء الداخلية للإنسان وهو الجهاز العصبي الذاتي بشقيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، وبذلك تستثار الغدة الكظرية لإفراز هرمون الادرينالين والنورادينالين، ويحدث كل تغير فسلجي نتيجة لذلك (الدباغ، 1977 ص 208) .

ويشير " كانون " إلى ان الكائن الحي يستطيع مقاومة الضغوط عندما يتعرض لها بمستوى منخفض، إلا ان الضغوط الشديدة أو الطويلة الأمد فأنها يمكن ان تسبب انهيار الأنظمة البيولوجية التي يستخدمها جسم الكائن الحي في مواجهة تلك الضغوط. وبذلك وصف كانون الأسلوب الذي يتم من خلاله محافظة أجهزة الجسم المختلفة للكائن الحي بطريقة آلية على وسط متوازن إلى حد بعيد ولأجل البقاء في حالة توازن (Equilibrium)، (دافيدوف ، 1988 ص 432) .

2. **نظرية متلازمة التكيف العام** The General Adaption Syndrome Theory

هذه الظاهرة لفتت انتباه هانس سلي Hanns selyeفقد أكد على أهمية أسلوب التكيف. ففي إحدى مقالاته قال ((كيف لرجل في السبعين مثلى شرايينه بها تصلب خفيف وعنده ضغط دم عال قد ينهار إذا اخذ الأمور بجديهفقد يتصرف في موقف يتعرض فيه للضغط بطريقه دفاعيةوفجائية فيزيد ضغط الدم في قلبه ويزيد النبض لديه مما يؤدي إلى وفاته . ولكنه إذا استطاع ان

يخفف من ردود فعله بالسيطرة على عوامل الضغط فسيجد ان هموم الحياة تمضي دون ان يصاب بضرر)). وأبحاث سلي في هذا المجال قادته إلى اكتشاف متلازمة التكيف العام(GAS) General Adaptation Syndrome، (دافيدوف، 1983 ،ص500-501).

متلازمة التكيف العام (GAS) General Adaptation Syndrome

الأبحاث الكثيرة التي قام بها سيلي Selye قدم من خلالها هذه المتلازمة (GAS) وهي في الأصل نموذج بيولوجي يتضمن ثلاث مراحل من الاستجابات وهي على النحو الآتي:

مرحلة رد الفعل المنبه ألإنذاري Stage of Alarm Reaction

يظهر في هذه المرحلة رد فعل الكائن الحي عندما يتعرض فجأة لمنبهات انفعاليه قويه لم يتكيف معها بعد، ولهذه المرحلة طوران:

أ. طور الصدمة Shock phrase: ويمثل هذا الطور رد الفعل الآني للعامل الضاغط بظهور علامات مختلفة على الفرد كانخفاض درجة الحرارة الجسم، وهبوط ضغط الدم. وما تجدر الإشارة له في هذا الطور ان المقاومة الفسيولوجية تتناقص لمده وجيزة، بعدها يحدث الانتقال إلى الطور الثاني طور الصدمة المضادة.

ب. طور الصدمة المضادة Counter shock phraseوفيه يظهر رد الفعل الذي يتميز بتعبئة المرحلة الدفاعية فيقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الادرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم من خلال إفرازهالهرموناتها الكورتزونية وبهذه ألطريقه يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة . ويظهر من خلال هذين الطورين قدرة الكائن الحي على التحمل. لان العامل الضاغط إذا كان شديدا إلى الدرجة التي يجعل استمرار وتعرض الكائن الحي له يؤدي إلى تدهور صحته والى

موته خلال الساعات أو الأيام الأولى. أما إذا استطاع ان يبقى على قيد الحياة عند ذلك ينتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة المقاومة).

2. مرحلة المقاومة Stage of Resistance

تمثل هذه المرحلة قدرة الكائن الحي على التكيف كليا مع العامل الضاغط إذ يقوم الجسم باستجماع قواه لغرض المقاومة لهذا يكون جسمه في حالة تيقظ تام لكن لهذا ثمنه فيقل أداء الأجهزة المسئولة عن النمو وإصلاح الأنسجة والوقاية من العدوى تحت هذه الظروف. وبالتالي فان الجسم يكون في حالة إعياء وضعف واستمرار الفرد في هذه المرحلة يعتمد إلى درجه كبيره على قوة الفرد، ولكن إذا استمر الكائن الحي بالتعرض للعامل الضاغط فان الجسم يفقد قدرته على التكيف المكتسب وعندها يحدث الانتقال إلى المرحلة الثالثة.

3. مرحلة الإجهاد والاستنزاف Stage ofExhaustion

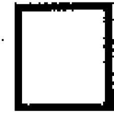
والتي تسمى في بعض المصادر بمرحلة الإعياء وتتمثل في هذه المرحلة قابلية الكائن الحي على التكيف المحدود. أي ان الجسم لا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى مالا نهاية، لذا تظهر عليه علامات الإعياء تدريجيا وبعد ان يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الأمر الجهاز العصبي جار السمبثاوي ولهذا السبب تنشط أنسجة الجسم وقد تتوقف معا. وإذا استمرت الضغوط فيصبح من الصعوبة بمكان على المريض المنهك ان يتكيف مع الضغط .

هذا يوضح ان التغير في أسلوب الحياة يتطلب قدرا كبيرا من التكيف له سواء كانت هذه التغيرات تحت السيطرة المباشرة للفرد أم لا. وسواء رآها شيئا مرغوبا فيه من عدمه، وفضلا عن ذلك فكلما ارتفعت درجة التغير زادت المخاطر بان يكون المرض الذي سيعقبها حادا. أما الميكانزمات الفسيولوجية داخل الجسم نتيجة الاستجابات التوجيهية ورد الفعل ألتكيفي على التغيرات، فينصب أساسا على الجهاز العصبي والجهاز الهرموني فيسبب له زيادة العبء على هذين الجهازين. فالتغير السريع في البيئة يؤدي إلى عمليات استنزاف متكرر من موارد

الطاقة في الجسم أي ان الإجهاد ألتكيفي النفسي يقتضي ثمنا فسيولوجيا بدنيا غاليا. فجسم الكائن الحي من خلال ميكانزمات معينه يفرز مقادير معينه من البروتينات السامة التي تهدم خلايا البدن. وتضر بعمل أنسجته. وأمام تكاثر البروتينات السامة يفرز البدن ماده مضادة لمقاومتها. فإذا كان مزاج الإنسان طبيعيا فان المادة المضادة تهزم المادة السامة مولدة الضد وتقوي من مناعة البدن أما إذا كان المزاج متعكرا فان المادة السامة تتغلب على المادة المضادة وتترسب في أغشية المفاصل مسببه بعض الالتهابات. ومن هنا تبدأ أولى أعراض المرض ثم يأخذ بالانتشار على قدر المادة السامة المفروزة.

وهذا ما يحدث لدى مرض المفاصل حيث يتضاعف إفراز مادة (مولده الضد) السامة فيتآكل كل من العمود الفقري والعضلات مباشرة. وهذا ما يؤكد ان العارض الجسدي هو نتيجة طبيعيه لتدهور الحالة النفسية بسبب الضغوط والإرهاق الفسيولوجي.

يعتقد الباحث ان هؤلاء المرضى يخضعون لضغوط مستمرة فهم واقعون في فخ ما يسمى بالدائرة البغيضة والتي هي كالآتي((أصلا كان سبب مرضهم ناتج من ضغوط نفسية ... هذه الضغوط... سببت المرض الجسمي... المرض الجسمي... ولد ضغطا جديدا مضاف للضغط السابق... مما جعلهم في دائرة ضغوط مستمرة)) الضغوط النفسية المستمرة لم ينحسر أثرها في إحداث الإصابة بالأمراض الجسمية فقط بل قد إلى إحداث تغيرات فسلجية سلبية جديدة....و الجدول/ 4 يوضح ذلك.



(جدول/4)

مراحل متلازمة التكيف العامة

المرحلة	التغييرات الجسمية	التغييرات النفسية
الأولى رد فعل تنبيهي، وتعبئة الجسم للمواجهة أو للهروب	إفراز الادرينالين والنورادينالين مما يؤدي إلى تقلص الأوعية الدموية ، وزيادة ضغط الدم ، وتقلص عضلة القلب ، وتقلص الغدد ، والتهابات .	زيادة الانتباه ، وارتفاع مستوى القلق ، وعدم الدقة .
الثانية مرحلة المقاومة تكيف الفرد للضغط	اعتدال مستوى إفراز الهرمونات ، وانخفاض في الادرينالين .	تشديد في استخدام ميكانزمات المقاومة واعتماد سلوك دفاعي منظم .
الثالثة مرحلة الإنهاك	فقدان القدرة على مقاومة الضغط .	نقصان في الاستجابة ، وضمور الخلايا ، وخمود الغدد ، ونفاذ هرمونات الادرينالين ، وفقدان الوزن ، مع فشل الكليتين في أداء وظائفهما ، وكذلك القلب ، مع احتمالية الموت

(الجميلي، 2007)

تعريف الأمراض النفسجسمية

قبل الحديث عن تعريف الأمراض النفسجسمية لابد من التطرق إلى أهم الملامح التي تميز هذه الأمراض، وهي على النحو الآتي:

الملامح التي تميز هذه الأمراض النفسجسمية

- ان هذه الفئة من الأمراض تمثل العلاقة بين النفس والجسد بأوضح صورها، فما تتعرض له النفس من اضطراب أو خلل ينعكس بشكل مباشر وسريع في الجسد، والعكس صحيح.
- ان هذه الفئة من الأمراض والتي هي وفقا للدراسات السابقة الطبية انها تزيد على (20) مرضا، تسمى أمراض العصر الحالي(عصر السرعة، عصر القلق أمراض تبعات التطور...الخ. حيث ظهرت في الوقت الحاضر ولم يكن لها وجود سابق في العصر الماضي.
- سبب ارتباطها بالعصر الحالي هو ان ظهورها وانتشارها أقترن بالحضارة إذ كلما تقدمت وتطورت الحضارة أصبحت أكثر تعقيدا، وبالتالي تعقد الحياة ترتب عليه تزايد الضغوط النفسية التي دفع الإنسان ثمنها من صحته الجسمية والنفسية على حد سواء. وهذا الثمن هو إصابته بالعديد من الأمراض الجسمية ذات الأسباب النفسية.
- في حالة علاجها لابد من الأخذ بنظر الاعتبار الجانبين(الجسمي والنفسي) لأنه عند التركيز على الجانب الجسمي وإهمال الجانب النفسي، لا يحدث التحسن المطلوب وسبب ذلك ان إهمالنا للجانب النفسي نكون قد أهلنا السبب. وإذا لم يعالج السبب فما فائدة العلاج؟ بالعكس فأن ذلك يقود إلى تفاقمها.
- ظهور هذه الأمراض نتج عنه ولادة فرع جديد من فروع الطب يسمى بالطب النفسجسمي.
- ظهور هذه الأمراض هو رسالة مهمة لكل المتخصصين في ميادين الحياة (تربوية، طبية، اجتماعية، اقتصادية...الخ) يجب ان تقرأ بدقة وبعناية، وهي لابد من الأخذ بنظر الاعتبار الجانب النفسي للإنسان

للعناية به بالقدر الذي يستحق لان إهماله يعني الإصابة بالأمراض النفسجمية.

- ظهور هذه الأمراض يؤكد حقيقة مهمة لطالما أهملت كثيرا وهي ان الإنسان يجب ان لا يتم التعامل معه على انه كائن مادي فحسب، بل هو كائن يؤثر في صحته العامة الجانب النفسي الروحي أكثر- إن لم يكن بنفس المقدار- مما يؤثر الجانب الجسمي. وأشارت دراسة (محمد ومرسي، 1986) انه قد بات الأطباء متفقين اليوم أكثر من أي وقت مضى على ان العناية بالصحة النفسية للمرضى عامل أساس في سرعة البرء من الأمراض الجسمية (العكايشي، 2006 ، ص5).
- الإصابة بها ليست مقتصرة على الإنسان فقط. بل يمكن ان يصاب بها الحيوان أيضا.
- كل الموشرات المتوافرة وفقا للدراسات السابقة والادبيات النفسية والطبية تنبأ بزيادة انتشار هذه الفئة من الامراض.
- يمكن ان تصيب جميع اعضاء الجسم الواقعة تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي.

لذا يمكن تعريف **الأمراض النفسجسمية** بالشكل الآتي: **وهي مجموعة من الأمراض تصيب الاعضاء الواقعة تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي، وتسبب تلفا أو ضررا واضحا للأعضاء التي تصيبها، ويمكن ان يستدل عليها بواسطة التحاليل المختبرية والشعاعية والناظورية(الجبوري، 1999، ص 20).**

مع ازدياد ضغوط الحياة بصفة مستمرة والسعي الدائم وراء الماديات الضرورية في العصر الحالي وأنوع الإحباط التي تواجهنا بصورة كبيرة يوميا، أزداد ظهور عدد من الحالات المرضية العضوية التي لها جذور نفسية و التي لا تستجيب للعلاجات التقليدية بنجاح. فهناك حالة ترابط قوى وموسع بين العقل والجسم وخاصة في مضمار الطب والعلاج، فقد حار العلماء في مجموعة من

الأمراض التي لا يوجد لها سبب مادي مباشر ولكنها ارتبطت بتعرض الإنسان لأزمة نفسية حادة أو لمتاعب نفسية مزمنة.

امثلة من تلك الامراض

وسبق واشرنا ان هذه الامراض لايكاد ينجو من الاصابة بها اي عضو من اعضاء جسم الانسان وعادة الاعضاء الواقعة تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي. وان هذه الأمراض تنتشر نسبة (75٪-85٪) بين الأفراد ، الأمر الذي قد يتسبب في إزعاج المرضى والطبيب. من بين تلك الأمراض القولون العصبي Irritable bowel syndrome (IBS) الذي ينتشر بنسبة(26,1٪)، وهو بذلك يحتل أعلى نسبة انتشار بين تلك الأمراض، ويكثر لدى المصابين بأمراض الجهاز الهضمي، بينما اشارت دراسة حديثة الى ان تهيج القولون أو ما يسمى في بعض الادبيات الطبية بـ (متلازمة القولون المتهيج)، انه من أشيع الاضطرابات الهضمية في الولايات المتحدة الأميركية انتشارا. إذ ما يزيد عن(30 -40٪) من الأشخاص الذين يراجعون العيادات الطبية الباطنية يعانون من متلازمة القولون المتهيج (www.go.microsoft.com, 2012)

ومنها :

- أمراض الجهاز الهضمي مثل قرحة المعدة والاثني عشري

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة ، وتتكون نتيجة لزيادة الإفرازات والحمضيات المتولدة نتيجة لوجود (ظروف نفسية انفعالية) تشكل (فجوات ملتهبة) أو التهابات قد تتحول إلى نزيف داخلي حين تكون الضغوط والآلام النفسية شديدة.

- اضطرابات معدية معوية: مثل تهيج القولون، الإسهال المزمن والتهاب الغشاء المخاطي والإمساك، والتبول اللاإرادي، وكلها ذات دلالات

سيكولوجية هامة تؤكدها مدرسة التحليل النفسي وتبدأ منذ الطفولة نتيجة ضغوط انفعالية، أو شعور بالقلق والاستياء والذنب والخطأ.

- قرحة القولون
- السمنة المفرطة
- أمراض الأوعية الدموية الدورية والقلب: يعرف الأطباء النفسيون أمراض الأوعية الدموية والدورية والقلب بأنها: مجموعة الاستجابات الوعائية القلبية التي تظهر على شكل أمراض في الدم أو القلب والتي تلعب العوامل النفسية فيها دورا هاما مثل: (عصاب القلب، التوتر الزائد، الإغماء، الصداع، ضغط الدم الجوهري، لغط القلب الوظيفي ويتفرع عنها تصلب الشرايين أو انسداد الشرايين، سرعة خفقان القلب، الحمى الروماتزمية، ووصولها للقلب، الطفل الأزرق والتشويه الخلقي، التهاب غشاء التامور، الذبحة الصدرية، التجلط التاجي، الضغط الدموي.
- الأمراض والاضطرابات الجلدية: مثل التهاب الجلد العصبي، حب الشباب.
- التهاب المفاصل.

الفصل الثامن

المشاكل السلوكية للتلاميذ



8

1. السلوك العدواني لدى التلاميذ
   - الأسباب المؤدية إلى السلوك العدواني
   - دور المدرسة في تقويم السلوك العدواني لدى التلاميذ
   - طرق الوقاية من حدوث السلوك العدواني
2. الضعف العقلي (التأخر الدراسي)
   - المضامين التربوية والنفسية للضعف العقلي
3. السرقة
   - أسباب السرقة
4. الانتحار
   - عوامل الخطورة في الانتحار
   - اسباب انتحار الأكثر احتمالا
   - ما المؤشرات التي تشير الى أن شخص معين سواء من المعارف أو الأصدقاء مقبل على الانتحار؟
   - اسباب انتحار الأكثر احتمالا
   - سبل الوقاية المتعددة للحد من ظاهرة انتشار ا لانتحار

الفصل الثامن

المشاكل السلوكية للتلاميذ

المقدمة

إن المشاكل السلوكية التي يعاني منها ذوي التلاميذ ومدراء المدارس والمعلمين داخل المدارس وخاصة المدارس (الابتدائية والمتوسطة والثانوية) لدى فئة محددة هي فئة المراهقين وتتجلى هذه السلوكية الخاطئة لدى الطلبة في هذه المدارس المتوسطة التي تشكل نسبة عالية الخطورة في هذه المرحلة إلا وهي: مشاكل التسرب الدراسي، والتأخر الدراسي، والعدوان، والغش، وتقليد بعض ممثلي العنف في التلفاز، وكذلك بعض الأنماط السلوكية الخاطئة لدى هذه الفئة من المراهقين لان هذه المرحلة من مراحل حياة الفرد تعد مرحلة(حرجة) وحساسة لانها تمثل مرحلة انتقال من حالة بسيطة وهي مرحلة الطفولة إلى حالة او مرحلة أكثر تعقيداً وهي مرحلة المراهقة، وما يعتري هذه المرحلة من تغييرات في كافة النواحي (الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية). واشارت دراسة تبايبية(2007) ان اكثر المشاكل السلوكية في المدارس بين المراهقين هي: القلق العام والذي يأتي بالدرجة الاولى والسلوك العدواني، وغيرها من المشاكل الدراسية مثل:قلق الامتحان، وضعف التحصيل العام والغش في الامتحان(تبايبية، 2007، ص7)وبفعل أساليب التنشئة الاجتماعية الصحيحة عن طريق (الأسرة والمدرسة والمجتمع الجيد) فتنشأ شخصية الفرد داخل هذا المجتمع وعن طريق التربية نستطيع تعديل سلوك الكثير من الفئات العمرية. لان التربية هي أداة التغير والتحول الاجتماعي من حالة إلى حالة حضارية متقدمة متطورة تساعد على نمو الفرد من جميع النواحي وتؤدي إلى بناء إنسان مستعد ان يواجه ويقاوم ويبني الحياة والمستقبل بأفضل صورة لان الإنسان هو غاية التربية الحديثة التي تعد الأجيال أعداداً جيداً للحياة بكافة مراحلها وجوانبها البسيطة والمعقدة وتوفر له

النمو النفسي السليم المتزن المنسجم مع عادات المجتمع الذي يعيش فيه الفرد ويكون علاقته الاجتماعية السليمة المنتظمة مع أبناء جنسه الآخرين على وفق ذلك البنيان الرصين للتربية وهو هدفها الأسمى في الحياة.

ان مشكلة السلوكيات للتلاميذ أصبحت اليوم تتضح لكل متتبع لها بصورة واضحة ومن هذه السلوكيات هي السلوك العدواني على الممتلكات المدرسية وكذلك التسرب الدراسي والتأخر الدراسي وبعض أنواع السلوكيات والمشاكل الانفعالية والجنسية والنفسية والعصبية في هذه المرحلة من مراحل الحياة وأول هذه المشاكل هي مشكلة (العنف) ضد الآخرين والعنف المدرسي على الممتلكات المدرسية والنقص في المقاعد الدراسية والتخريب الحاصل فيها من مقاعد وشبابيك وأبواب والمختبرات والساحات الرياضية والكتابة على الجدران والعبث في الحدائق المدرسية وتمزيق الكتب والتخريب والعبث بالمرافق الصحية الخاصة بالطلاب وكسر الحنفيات وإتلاف الكهربائيات الموجودة في المدرسة وإتلاف السبورات وغيرها من حالات العدوان على الممتلكات المدرسية.

أيضاً لان هذه المشاكل تعد مؤشر على الصحة النفسية السيئة مما تؤدي الى سوء التوافق النفسي مع المجتمع ومع العائلة وضعف القدرة على التكييف بصورة حسنة مع البيئة والكثير من الأمراض النفسية والجسمية التي يعاني منها الطالب وتعاني منه أيضاً المدرسة بسبب هذا السلوك الخاطئ الذي يسلكه مجموعة من الطلاب داخل المدرسة وهذه المشاكل تعيق العملية التعليمية في جميع مراحلها فهي تعد من المشاكل الخطيرة في المجتمع.

ومن هذه المشكلات السلوكية:

- السلوك العدواني.
- الضعف العقلي (التأخر الدراسي).
- الصراع.
- السرقة.

وفيما يلي توضيح لاسباب هذه المشاكل وكيفية التعامل معها:

1. السلوك العدواني لدى التلاميذ

السلوكيات التي يتصف بها كثير من التلاميذ في عصرنا يعتبر السلوك العدواني من احد أهم هذه السلوكيات ويقصد به (سلوك من شأنه إيقاع الأذى الجسدي او النفسي او الألم او الاعتداء او التخريب، حيث يظهر بين الإخوة داخل الأسرة او بين الآخرين او في الأشياء والممتلكات وبين الطلاب بالذات داخل المدرسة بدرجات متفاوتة في الوقت الحاضر او في الأماكن العامة بأشكال مختلفة لفظية وبدنية). وتشير دراسة (الجبوري والجبوري 2008) الى زيادة انتشار السلوك العدواني خاصة بين طلبة المرحلة المتوسطة، وهو منتشر بين الاناث كثر منه بين الذكور في مدارس الريف(الجبوري والجبوري 2008).

الأسباب المؤدية إلى السلوك العدواني:

أ- التعرض لخبرات سيئة سابقة: كأن يكون الطالب قد تعرض إلى الكراهية الشديدة من قبل معلمة او رفض اجتماعي من قبل زملائه او رفض اجتماعي عام وغيرها او التعرض إلى الكراهية من والديه.

ب- الكبت: حيث يعاني الطالب من كبت عام لجميع رغباته ومشاعره ودوافعه مما يدفعه إلى السلوك العدواني.

ج- التقليد: كأن يكون سلوك الفرد العدواني هو نتيجة تقليد الأب او احد الأفلام والمسلسلات او احد أفراد المجتمع الذين يتسمون بالعنف والعدوانية.

د- الشعور بالنقص: قد يدفع شعور الفرد بالنقص الجسمي او العقلي إلى السلوك العدواني مثل ذلك الشخص الذي يفقد احد أعضاءه الجسمية يكون شاذا عن الآخرين ولا يحب الاختلاط بهم ويظهر مثل هذا السلوك.

هـ- الفشل والإحباط: مثلا فشل الفرد في الحياة العامة والإحباط المستمر وكذلك فشله في الدراسة قد يدفعه إلى سلوك عدواني.

و- تشجيع بعض الأسر على العدوان: حيث ان بعض الأسر تشجع أبنائها على العنف والقسوة والكراهية مما تشجعلديهم العدوانية في التعامل مع الحياة ومع ألعابهم او اقرأنهم.

دور المدرسة في تقويم السلوك العدواني لدى التلاميذ:

نشر ثقافة التسامح و السلام المنبثقة من تعاليم الإسلام.

التحذير المستمر من أنواع العدوان السافر والمستتر، فالعدوان السافر هو التهجم على الغير بالة او بغيرها ، أما العدوان المستتر فهو صنف قد نغفل عنه أحيانا كالتلفظ بالفاحش من القول والغيبة والنميمة والبهتان، وان الاعتداء اللفظي غالبا يسبق العدوان الجسدي فلابد من معالجة المستتر لان العدوان الظاهر ناتج منه واثر له.

اجتناب العقاب البدني. لانه يسبب الألم، والألم يصبح مثير بدوره يحفز السلوك العدواني.

تكثيف الأنشطة والمشروعات الجماعية فيمارس الطفل التعاون داخل المدرسة او المراهق ويكون الصداقات المتعددة.

التركيز على تدريب المعلمين والمتعلمين على مهارة حل المشكلات بأسلوب علمي.

تكريم الطلاب والطالبات من أصحاب الأخلاق العالية.

استغلال المسرح وتسخير التمثيل في تجسيد معاني السماحة والعفو وكظم الغيظ من بيان الخطورة في العدوان ودوره في شقاء الإنسان.

توعية أولياء الأمور بصفة دائمة.

وضع برامج وقائية لمواجهة عدوى العدوانية ولا يتحقق ذلك إلا بإشراك جميع أركان العملية التربوية.

تفعيل دور الاختصاصي الاجتماعي في عملية الوقاية والعلاج(مالك ، 2005).

طرق الوقاية من حدوث السلوك العدواني:

الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة التلاميذ

تعمل على توليد سلوك التسيب في النظام الأسري والاتجاهات العدوانية لدى الآباء تجاه الأبناء وقد يولد هذا خللاً وضعفاً في سلوك الطالب من نفس البيئة الاجتماعية فالأب المتسيب او المتسامح أكثر من اللازم يولد لدى طفله سلوك عدواني.

الإقلال من التعرض لنماذج العنف التي تعرض في التلفاز

أظهرت الكثير من نتائج الدراسات كما ذكر ان النماذج العدوانية التي يتعرض لها الشاب ودور وسائل الأعلام المرئية ((التلفاز)) تؤثر بشكل قوي في ظهور السلوك العدواني لدى هذه الفئة. وذلك لان النماذج السلوكية الايجابية والسلبية دور كبير في التأقلم وذلك يجب ان توجد مراقبة على هذه القنوات، وهذه المسألة تقع على عاتق الأهل.

العمل على خفض مستوى النزاعات الأسرية

لا تخلو الأسر غالباً من وجود نزاعات زوجية بغض النظر عن حدتها وأسبابها. ومن المعروف ان الكثير من الأطفال يتعلمون من السلوك الاجتماعي من خلال ملاحظة النزاعات بين الزوجين أو الأشقاء. وعلى ضوء ذلك يتوجب على الوالدين او الإخوة الكبار ان يحاولوا الابتعاد عن هذا النوع من السلوك أمام الأطفال. وذلك لماله من اثر سلبي على الأبناء.

تنمية الشعور بالسعادة عند الطفل او الشاب

من خلال عطف الوالدين على الأبناء وان التنشئة الاجتماعية المفعمة بالعاطفة والسعادة وتوفير الدفء والحنان من قبل الوالدين يساعد على النمو النفسي والجسمي لدى الطفل ويقلل من سلوكه في طفل عدواني.

توفير الأنشطة البدنية الايجابية لدى الأبناء

ان الأنشطة البدنية الايجابية كالرياضة بكافة أشكالها تعمل على استثمار الطاقة ومن المعروف هذه الأنشطة تعمل على تصريف أشكال القلق والتوتر والضغط النفسي، لدى الفرد وبذلك تصرف (تنفس) السلوك العدواني عن طريق الرياضة.

تنظيم وترتيب بيئة الطفل

ان إعادة تنظيم البيئة المنزلية والمدرسية للطفل التي تتضمن أماكن واسعة في غرف النوم تعمل على التقليل من التوترات الانفعالية، وان ضيق المساحة داخل الغرفة تؤدي إلى ضيق مساحة اللعب بالنسبة للطفل فيجب توفير مساحات اكبر للعب والحركة بالنسبة للطفل والمراهق لغرض التقليل من حجم العدوان في تلك المرحلة. فكما هو معروف في أدبيات علم النفس انه كلما كانت المساحة المتوافرة للفرد زاد من السلوك العدواني لديه.

الإشراف على الأنشطة اليومية التي يقوم بها الأبناء

ان الرقابة من قبل الإباء او المعلمين على النشاطات التي يقوم بها الطلبة داخل المدرسة او الأسرة تؤدي إلى تقليل حجم السلوك العدواني(الشمري ، 2005).

2- الضعف العقلي (التأخر الدراسي)

ان هذا المفهوم يدور حوله الكثير من التساؤلات والمخاوف حيث كان قديماً ينظر له على انه اضطراب في الصحة النفسية والشخصية للفرد وبعد ذلك الوقت بدأ المفهوم يتطور شيئاً فشيئاً حيث أصبحت الإصابات الدماغية تدل على هذا المفهوم، والبعض يطلق عليه مرضاً عقلياً، والبعض الآخر يطلق عليه مرضاً نفسياً، والبعض يصنفه ضمن مصطلح المعتوهين والبلهاء، ولكن التعريف الحديث للضعف العقلي: هو حالة نقص كمي أي انخفاض مستوى الأداء العقلي، تبدو ملامحه منذ الطفولة، وتختلف مستوياته تبعاً للحالات التي يعاني منها الأفراد. ولكن اغلب المصادر تشير على انه نقص وضعف عقلي ينشأ بسبب عدم استمرار وتكامل نمو خلايا الدماغ في مراحل نموها. والكثير من الأفراد في المجتمع قد يعانون من الضعف العقلي من خلال ملاحظة المعلمين والمدرسين لهم في داخل المدرسة لان مستواهم الدراسي يكون على نحو منخفض جداً بالمقارنة مع اقرأنهم، فقد يؤدي هذا المستوى من الضعف العقلي إلى التأخر الدراسي او ما يعرف بمصطلح بطيء التعلم. حيث يصعب على المعلمين التعرف على حالات بطيء التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك لان هذه الفئة من الأفراد لا يمكن اكتشافها قبل التحاقهم بالتعليم العام، فمن خلال المجال التعليمي يمكن ان تظهر هذه الفئة بشكل واضح. أما أهم خصائصهم فتشمل:

- قصور فترة الانتباه في أثناء المهام الأكاديمية.
- قصور في مهارات التفكير العلمي.
- صعوبة في تذكر التعلم والتحصيل الدراسي.
- الاندفاع بانفعال عاطفي دون استخدام الأساليب العقلية والتسرع في إصدار الأحكام.
- عدم وضوح الارتباط بين الأفكار والمفاهيم وصعوبة بلورة الأفكار أثناء القراءة.

- صعوبة تطبيق ما تعلمه في احد المواقف التعليمية في مواقف أخرى متشابهة.
- عدم القدرة على التقويم الذاتي.
- الاعتقاد بأن قدراته على التعليم ترجع إلى عامل الخطأ وليس إلى جهده الخاص.

وقد تنشأ لدى الطالب بعض المشكلات السلوكية نتيجة لهذه الخصائص. ومنها مشكلة (التأخر الدراسي) فقد يرسب الطالب في نفس الصف عدة مرات مما يزيد الضعف العقلي والدراسي أكثر فأكثر نتيجة رسوبه، ويقلل جهده الدراسي، والبعض الآخر يضطر إلى ترك المدرسة بسبب كثرة رسوبه وتأخره الدراسي في المدرسة(حمود ، 2007).

والضعف العقلي يختلف عن مفهوم التخلف العقلي، فالضعف عقلياً (هو حالة عجز وظيفة معينة من وظائف الدماغ) وتندرج تحت مصطلح بطيء التعلم. أما التخلف العقلي (هو حالة عجز كامل في وظائف الدماغ) وتندرج تحت مصطلح المتخلف عقلياً فالمتخلف لا يستطيع المرشد تحديد برنامج إرشادي او تربوي لغرض رفع مستوى المتخلف عقلياً. بينما مصطلح الضعف العقلي نستطيع ان نقدم برامج علاجية وإرشادية لغرض القضاء على هذه المشاكل لدى بعض التلاميذ. ولكن لابد هذا المصطلح (الضعف العقلي) ينتشر في المجتمع بصورة تدريجية فيجب علينا أولا معرفة أسبابه.

أولاً : أسباب الضعف العقلي :

ظروف الحياة القاسية لدى بعض العوائل.

إصابة الفرد ببعض الفيروسات تؤدي إلى خلل في تركيب الكروموسومات المسئولة على نمو الدماغ.

عامل التغذية لدى الأم خلال فترة الحمل له اثر كبير على حياة الجنين داخل رحم الأم. فالقلة في التغذية ورداءتها او زيادتها على الحد اللازم تؤدي إلى إصابة طفلها بالضعف العقلي، او تعرض الأم الحامل للأشعة او إصابة الأم بمرض عضال مثلاً (الحمى بأنواعها)، او تناول الأم عقار (دواء مثلاً) معين اثناء فترة الحمل بدون استشارة الطبيب، او اضطراب الحالة الصحية للام وتناولها الكحول والمخدرات أثناء فترة الحمل. كلها عوامل مجتمعة تؤدي إلى ظهور الضعف العقلي لدى الأبناء مستقبلاً.

اضطراب الحالة النفسية والاجتماعية والصحية والأسرية والاقتصادية للأسرة كلها أيضا عوامل مشجعة على ظهور مشكلات الضعف العقلي.

قلة المراقبة على الأبناء من قبل الإباء على الواجبات المدرسية وتسيب الأبناء وعدم الاهتمام بهم من جانب يؤدي إلى مشكلات التأخر الدراسي.

عوامل التنشئة الاجتماعية الخاطئة من قبل الآباء على الأبناء تساعد على ظهور الضعف العقلي.

البعض يعزوه إلى عوامل بيئية والبعض الآخر يعزوه إلى الوراثة (الالوسي، 1988)

أما طرق تشخيص حالات التأخر الدراسي فيكون أما عن طريق مقاييس الذكاء، او عن طريق الملاحظة المباشرة لأداء الطالب في المدرسة، او عن طريق تشخيص الحالة أي تتبع حالة الفرد منذ دخوله إلى المدرسة إلى حد المرحلة الدراسية التي عليها الآن، إي التشخيص التربوي هو الأجدى حالياً والمتبع في جميع المدارس. او التشخيص الطبي، او تشخيص الأخصائي النفسي والاجتماعي، او مرشد الصف او المختص بالتربية الخاصة فإذا ظهرت أعراضه فيجب علينا عزله عن بقية الطلاب في صف خاص وهو صف التربية الخاصة ((تعليم وتدريس وتربية الأطفال او الطلبة بطيي تعلم في صفوف تدريسية خاصة حيث تقوم المدرسة وبالتعاون مع المعلم بتوفير كافة الإمكانيات داخل الفصل

الدراسي من بيئة صحية مناسبة وقاعدة دراسية جيدة والكتب المدرسية المشوقة والوسائل التعليمية اللطيفة والجميلة والوسائل التوضيحية المشوقة لدرس كلها عوامل مجتمعة تساعد على تخطي هذه الحالة من بطيء التعلم لدى الطالب في تلك المرحلة الدراسية).

أما أهم أعراضه فهي:

- اضطرابات خلقية أحيانا مثلاً ضعف في المجال اللغوي او البصري او السمعي او اضطرابات حركية مثلاً في الساق او اليدين او بعض أجزاء الجسم.
- صعوبة في النطق (الكلام).
- عدم الالتزام بنظام معين داخل الصف. فقد يدخل ويخرج ويقوم ويجلس أي اضطراب حركي عام.
- يبدو ان مستواه الدراسي اقل من مستوى عمره بثلاث سنوات على الأقل.
- متأخر في مادة دراسية معينة. ولا يفهم شرح المدرس بسرعة.
- كثير الحركة لا يستطيع ان يستقر بمقعد ويحرك يداه ورأسه ناظراً لما حوله.
- قد يعتدي على غيره من الطلاب بالضرب او العض بدون سبب او لسبب بسيط.
- شعوره دائماً بالضعف في جميع النواحي بسبب ضعفه العقلي وتأخره الدراسي.

المضامين التربوية والنفسية للضعف العقلي

تشكل هذه الفئة مجموعة من الأفراد شاء القدر ان يكونوا كذلك ولمجموعة من الأسباب كما ذكرنا سالفاً وهم في وضعهم العقلي القائم

يشكلون مشكلة تربوية واجتماعية. ومن اجل تجنب هذه المشكلة او تخفيف حدتها على الأفراد أنفسهم وعلى المجتمع الذي يعيشون فيه بدأ من العائلة وانتهاء بالمجتمع الواسع فلابد من العمل على وفق أفضل ما يمكن من وسائل عملية ونظرية وتقنية عن طريق الوقاية والعلاج الصحيح.

الوقاية من الضعف والتخلف العقلي:

يفضل ان يثقف الآباء بضرورة إجراء الفحوصات الطبية اللازمة قبل الزواج تجنباً لمخاطر الأمراض التي يمكن ان تسبب التخلف العقلي.

الاهتمام بالأم الحامل من الناحية الصحية والغذائية والنفسية.

إجراء الولادة في المستشفيات وتحت إشراف المختصين للمحافظة على سلامة الفرد بعد الولادة من الوقوع بمجموعة من الحوادث مثل عسر الولادة.

الانتباه إلى سلوك وتصرفات الطفل خلال مراحل حياته الأولى لمالها من اثر على الفرد مستقبلاً ومحاولة الكشف عن إي ضعف عقلي لغرض التشخيص المبكر والعلاج المبكر.

الإعداد المهني الجيد للعاملين في هذا المجال من معلمين ومدرسين ومرشدين لغرض المساعدة على التشخيص المبكر لحالة الفرد ومحاولة علاجها بالطرق التربوية والسلوكية المناسبة.

العمل على تقبل حالات الضعف العقلي لدى الطلاب في المدرسة والاهتمام بهذه الفئة من جميع الجوانب وتوفير الأمن والراحة النفسية والعمل على زيادة ثقة الفرد بنفسه من خلال تقبله لنفسه ولحالته والعمل على تجاوزها في المستقبل لنهوض بالمجتمع من حالة إلى حالة حضارية متقدمة(الالوسي ، 1988).

3. **السرقة:**

هي محاولة ملك شيء يشعر الفرد انه لا يملكه وعليه يجب على الطالب ان يعرف ان اخذ شيء ما يتطلب إذنا معيناً لأخذه وإلا اعتبر سرقة.

والسرقة مفهوم واضح لدى الكبار والمجتمع أيضاً، فنحن الكبار نعرف أبعاده وأسبابه وإضراره ونحكم على من يقوم به الحكم الصحيح ونستطيع تحاشيه إن لم نكن الضحية له.

أما الطفل او التلميذ فانه لا يدرك تماماً مفهوم السرقة وأضرارها على الفرد والمجتمع ونظرة الدين والأخلاق إليها. والسرقة تقلق الأهل أكثر من غيرها وتسبب الكثير من المشاكل السلوكية للطالب والطلاب داخل المدرسة. وتعد سلوكاً شاذاً يحتاج إلى الانتباه من قبل المعنيين في شؤون الطالب في المدرسة وكذلك الأهل. ويجب ان يفهم خطورة ممارسة السرقة وانها عمل خاطئ تستوجب العقاب في حالة ممارستها. وبذلك يبدأ مفهوم السرقة في التبلور في شخصية الفرد خلال مرحلة ما من مراحل الحياة وربما قد تستمر هذه الحالة حتى مرحلة الكبر ويعتاد الشخص عليها مما يؤثر سلباً على حياته وحياة المجتمع.

أسباب السرقة :

ان الأطفال او التلاميذ يسرقون لعدة أسباب وهم يدركون ان ما يأخذونه يعود لغيرهم وهناك عدة أسباب للسرقة منها:

يمكن ان يوجد لدى الطالب نقص ما في بعض الأشياء او الحاجات (المادية، المعنوية). وبذلك يضطر للسرقة لتعويض ذلك النقص في الحصول على الحاجات، والبعض من الطلاب تؤثر عليهم البيئة التي يعيشون بها وخاصة إذا كان احد الوالدين متوفى او كان مدمن على تناول الكحول والمخدرات، او ان تكون البيئة نفسها فقيرة وهذه عناصر تساعد الطفل او المراهق على ان يسرق لزيادة شعوره بالنقص في مثل هذه الظروف.

(يوجد من يشجع الطفل على هذا النوع من السلوكيات الخاطئة) فقد يشعر بعض الأهل بالسعادة عندما يقوم ابنهم بسرقة شيء ما وبهذا يشعر التلميذ او الطالب بالسعادة ويستمر في عمله.

بعض الطلبة يقومون بعملية السرقة لإثبات انهم الأقوى خصوصاً أمام رفقاء السوء، ولعلهم يتنافسون في ذلك وبعضهم يشعر بمتعة هذا العمل.

(وجود نماذج سلبية) قد يسرق الفر او الطالب رغبة في تقليد من هم اكبر منه سنناً، الوالد او الأخ او غيرهم ممن يؤثرون على حياته. وتؤكد النظريات النفسية في هذا المجال انه كلما كان النوذج جذابا كلما زاد تقليده(الن، 201، ص531).

التلاميذ من الطبقات الدنيا (الضعيفة) يسرقون لتعويض ما ينقصهم بسبب فقرهم لعدم وجود مورد مالي (نقود) يشترون او ينفقون منها لسد حاجاتهم الضرورية في الحياة اليومية. فالطالب يقوم بالسرقة لعدم توفير الأهل ما يحتاج او يمنعوه عنه وهم لا يشعرون باحتياجهم للمال مما يجعلهميعملون على أخذه دون علم ودراية الأهل او الغير فيعد ذلك سرقة.

قد يكون دافع السرقة التنفيس عن الكبت من داخل الفرد. ولذا يقوم بالسرقة طلباً للحصول على الراحة. وقد يكون بسبب الحقد والكبت والإحباط أو لمجيء طفل جديد إلى العائلة.

قد يكون بدافع الغيرة من الآخرين داخل الصف بسبب مستواه الدراسي غير الجيد الناجم عن الرسوب والتسرب من المدرسة. فيعتدي على ممتلكات الغير ويلحق الأذى والضرر بنفسه وبالآخرين من الطلبة.

طرائق الوقاية من السرقة:

توعية الطلبة بان هذا النمط من السلوك محرما شرعا من كل الكتب السماوية بمختلف اديانها.

حث جميع الطلبة داخل المدارس بخطورة ممارسة هذا النوع من السلوك لأنه يؤدي إلى الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية الخاطئة لصالح الفرد والمجتمع.

حث المرشدين في المدارس على ضرورة مراقبة حالات السرقة التي تحدث في المدارس ومحاولة الكشف المبكر لهذه الحالات من اجل حلها بأقرب وقت ممكن.

تشخيص الطلبة الذين يمارسون هنا السلوك ومحاولة معرفة أسباب ممارستهم له وطرائق الوقاية والعلاج.

تعليم القيم والمبادئ والعادات الصحيحة من قبل الأهل داخل الأسرة والاهتمام بذلك قدر الإمكان. وتوعيتهم ان الحياة للجميع وليس لفرد معين. وحثهم على المحافظة على ممتلكات الآخرين والممتلكات المدرسية. حتى في حال عدم وجودهم. نشوء الفرد في جو يتسم بالأخلاق والقيم الحميدة يؤدي إلى تبني الفرد لهذه المعايير.

يجب ان تحديد مصروف ثابت للفرد (مصرف جيب) يستطيع ان يشبع حاجاته. ويشتري به ما يشعر انه يحتاج إليه فعلاً حتى لو كان هذا المصروف صغيراً. ولو كان مقابل عمل يؤديه في المنزل بعد قضاء وقت المدرسة. ويجب ان يشعر الطالب بأنه سيحصل على النقود من والديه إذا احتاج لها فعلاً.

عدم ترك أشياء يمكن ان تغري الطفل والطالب وتشجعه على القيام بالسرقة مثل النقود وغيرها من الوسائل التي تساهم بتسهيل السرقة.

تنمية وبناء علاقات وبثقة بين الأهل والأبناء والطلاب داخل الصف الدراسي وعلاقات يسودها الحب والتفاهم وحرية التعبير حتى يستطيع الطفل ان يطلب مايحتاج اليه من والديه دون تردد او خوف .

ليكن المعلمين والوالدين ومن يكبرون الطالب سنا هم المثل الأعلى للطالب من خلال معاملته بأمانه وإخلاص وصدق ومحاولة إثباته على أي عمل يقوم به ومعاقبته خلاف ذلك، مما يعلمه ويعوده على المحافظة على أشياءه وأشياء الآخرين.

تعليم الطلبة حق الملكية حتى يشعرون بحقهم في ملكية الأشياء التي تخصهم فقط، وتعلمهم يعيدوا الأشياء إلى أصحابها إذا استعادوها منهم بإذنهم.

طرائق العلاج

التصرف بعفوية وعقلانية عند حدوث السرقة: يجب على الأهل والمدرسة البحث عن الأسباب التي دعت الطالب إلى ذلك السلوك الغير سوي (الخطأ) سواء كان ذلك من داخل البيت او المدرسة أم من خارجه والتصرف بأقصى سرعة ممكنة.

السلوك الصحيح: يجب ان يفعل الأهل والمدرسة ما يرونه صح للطلبة والأولاد وذلك بمعالجة الأمر بروية وتعقل وتأني، وذلك بان يعيد ما سرقه من الطلاب إلى الشخص الذي اخذ منه مع الاعتذار منه ودفع ثمنه إذا كان الطفل او الطالب قد صرف واستهلك ما سرقه.

مواجهة المشكلة: معالجة الأمر ومجابهته بجدية سيؤدي إلى الحل الصحيح وذلك لخطورة الموقف او السلوك، وذلك يتطلب معرفة السبب وراء سلوك الفرد، مع توضيح ان هذا التصرف غير السوي وماذا سيعمل لو وضعه في مكان الشخص الذي سرقه وسؤاله عن رد فعله وشعوره إذا تعرض هو لذلك.

محاولة دراسة البيئة التي يعيش في داخلها الطالب وجماعة الرفاق الذي ينتمي إليهم من خلال مراقبة سلوكيات أبنائهم داخل الأسرة لانهم النموذج لأبنائهم وعليهم بمراقبة سلوكياتهم وألفاظهم وخصوصا الألفاظ التي يلقبون بها الطفل حين يسرق كما يجب ان يشرح له أهمية التعبير وكذلك على المعلمين معرفة الأسباب والدوافع التي تدفع الفرد إلى هذا السلوك لغرض اتخاذ الإجراء المناسب.

الفهم: يجب علينا ان نفهم لماذا قام الطالب بذلك وما هي دوافعه؟ وذلك قد يكون مرجعه إلى الحرمان الاقتصادي بسبب نقص مادي يشعر به الطالب او

لمنافسة زملائه في المدرسة ممن يملكون النقود، وقد يكون السبب الحرمان العاطفي، وذلك لشعور الطفل او المراهق بالحرمان من العطف والحنان والاهتمام مثل اقرانه. وقد يكون لعدم إدراك الفرد او المراهق لمفهوم السرقة، وما الفرق بينهما وبين الاستعارة. وبالتالي الفهم الصحيح للسبب يترتب عليه استنتاج الحل المناسب، فإذا كان الدافع اقتصادي يتم تزويد الطالب بما يحتاجه من نقود وإفهامه بان يطلب ما يحتاجه، إما إذا كان الحرمان عاطفيا فيجب إظهار الاهتمام به وبحاجاته وقضاء الوقت الكافي معه، وقد يكون لعدم الإدراك وهنا يجب التوضيح للطفل والمراهق ما تعني السرقة وما الفرق بينها وبين الاستعارة وشرح القواعد التي تحكم الملكية له بأسلوب بسيط وتجنب العقاب حتى لا يترتب عليه الكذب.

عند حدوث السرقة يجب عدم التصرف بعصبية. ويجب ان لا تعتبر السرقة فشل لدى الطالب، ولا يجب ان تعتبر انها مصيبة حلت بالمدرسة والأسرة، بل يجب اعتبارها حالة خاصة يجب التعامل معها ومعرفة أسبابها وحلها وإحسان طريقة علاجها، ولكن دون المبالغة في العلاج. وان لا تكون هناك مبالغة في وصف للسرقة والمهم في هذه الحالة ان نخفف الشعور السيئ لدى الفرد بحيث تجعله يشعر بأننا متفهمون لوضعه تماما وان لا توجه تهمة السرقة للفرد مباشرة.

التأكيد على القيم والمبادئ الدينية التي تحث على الابتعاد عن السرقة والتأكيد على خطورة ممارستها وإيجاد نوع من التوعية الدينية والخلقية داخل الأسرة والمدرسة لغرض القضاء نهائيا على السرقة في المجتمع (عبد العواض، 1990).

4. الانتحار

نظرا لتزايد اعدد المنتحرين في العالم، فتشير الدراسات الحديثة ومنظمة الصحة العلمية بوجود اكثر من مليون شخص في العالم ينتحرون سنويا. وتشير الاحصائيات الخجولة في العراق بتزايد عدد المنتحرين سنويا ووجود اضعاف

مضاعفة من المحاولات الانتحارية الفاشلة سواء بين الاطفال أو بين المراهقين أو الفئات العمرية الاخرى. يذكر ان حالات الانتحار ارتفعت في اقليم كردستان خصوصا بين النساء في السنوات الخمس الاخيرة. في سنة(2009)، منهن(414) امرأة انتحرن حرقا أو تم حرقهن لذا يرى المؤلفين انه من الضروري جدا أضافة سلوك الانتحار بوصفه احد المشاكل النفسية والاجتماعية التي اصبحت تهدد كليان المجتمع. خاصة بعد احداث(2003) أي بعد التغيير غير المسبوق وغير المهيء له، حيث اصبح الفرد العراقي يطل على نافذة واسعة من القنوات الفضائية التي تختلف كل الاختلاف في ايدلوجيتها القيمية عن قيم وتقاليد وعادات ودين لمجتمع كاد يكون مغلقا، وهذا ما ايدته دراسة الجبوري وعلي(2012) التي درست أكثر الاعمال الفنية التي يشاهدها الموطن والتي تتضمن الكثير من السلبيات ومنها المسلسلات المدبلجة ان هذه المسلسلات (تحمل المسلسلات المدبلجة قيما هدامة تضر بمجتمعنا العراقي). و (تدعو الى استثارة الاعجاب بالحياة الاجتماعية الحادثة في هذه المسلسلات)و (تعمل المسلسلات المدبلجة على نشر ثقافات اجنبية غريبة عن مجتمعنا العراقي) (تدعو المسلسلات المدبلجة الى اقامة علاقات غير شرعية) و (مشاهدة المسلسلات المدبلجة (التي تنطوي على العنف قد تنعكس مستقبلا بصورة سلبية على سلوك الافراد وخصوصا الشباب) (الجبوري وحسين، 2012، ص149-150). فمن غير سابق انذار وجد الموطن نفسه امام عاصفة التغيير، مما سبب انتشار الكثير من السلوكيات السلبية ومنها انتشار ظاهرة الانتحار أو التهديد به.

تعريف الانتحار: نسمي انتحارا كل حالة موت تنجم بنحو مباشر أوغير مباشر عن فعل ايجابي أو سلبي تنفذه الضحية ذاتها، والتي كانت تعرف بالنتيجة المترتبة على فعلها بالضرورة (دوركايم، 2011، ص10). أو هو قرار يأخذه شخص من اجل إنهاء حياته. أو هو محاولة ناجحة أو فاشلة لإنهاء الحياة

عن قصد / إيذاء الجسم بهدف الموت . التعريف النفسي للانتحار هو نوع من العقاب الذاتي و الانتقام من الذات، و إلحاق الأذى للذات.

عوامل الخطورة في الانتحار

- ولم يعد الانتحار ظاهرة محلية قاصرة على بلد بعينها، بل بات ظاهرة عالمية لا تقتصر على دولة أو مجتمع.
- أو فئة بعينها من الاطفال الى الشيوخ.(صدر عن المكتب الوطني الفيدرالي الأميركي للعائلة تقرير بتاريخ 11آب - أغسطس2002، أن أكثر من ثلاثة ملايين طفل، ممن تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عاماً - نصفهم من الفتيات - ((فكروا)) بالانتحار العام2002.
- لم يعد الدين عامل وقاية كافي لوقفه والدليل ظهر لدى المسلمين.
- الفقر السيء عامل غير كافي للانتحار
- 35٪ سببه امراض نفسية و65٪ تنشئة اجتماعية إن أكثر من 90 ٪ من حالات الانتحار يرتبط سبب انتحارهم باضطرابات نفسية وتحديداً الكآبة، أي فقدان الأمل الذي كان موجوداً لديهم.
- ارتفاع معدلات الانتحار بين النساء وتفشي ظاهرة العنف المستمر ضدهن غسلا للعار و تحت ذريعة خرق العادات و التقاليد الاجتماعية، و هو إجرام وتجاوز فظ على حقوق المرأة وعلى كرامتها وإنسانيتها.
- دلت الدراسات أن أكثر نسب الانتحار للنساء بين جيل 25-35، بينما الرجال بين جيل المراهقة المتقدمة 16-25.
- تشير الدراسات إلى أن قابلية الانتحار لدى الشخص تكبر مع تقدم سنّه، ولذلك نرى بأن هنالك أعداداً معتبرة بين الذين يموتون منتحرين وأعمارهم تتجاوز 65 عاماً. وهؤلاء معظمهم من الرجال.

- ولكن أثبتت الحقائق العلمية أن كل إنسان لديه إمكانية الإقدام على الانتحار فيما لو توفرت الظروف المناسبة

اسباب انتحار الأكثر احتمالا:

1. معظم حالات الانتحار سببها فقدان الأمل من كل شيء.
2. السبب الرئيس للانتحار يكمن في الشعور بالغضب تجاه العالم الخارجي بسبب عدم القدرة على توجيه العقاب لأولئك الناس توجه العقوبة تجاه الذات.
3. سبب آخر هو الشعور بالذنب و الرغبة في عقاب الذات.
4. الشعور بالوحدة و الشعور بأن العالم لا يفهمه و ليس هناك من يشعر به(باتل، 2008، ص64).
5. يمكن ربطها بالأحداث التي يعيشها المراهق، انطلاقاً من الأحداث البسيطة الى الأحداث الأشد خطورة، وهي تتعلق في أكثرها بنظام العلاقات القائمة بين المراهق وأهله من جهة، وعلاقاته بالآخرين من جهة ثانية. ويمكن تحديد هذه الأحداث بالشكل التالي:
   - المنع المفروض على المراهق في البقاء خارج المنزل لوقت متأخر.
   - رفض الأهل تحقيق بعض من متطلباته، قصور الأهل المادي لشراء ما يرغب به.
   - المشاحنات مع الرفاق،

9. الفشل الدراسي، علاقة فاشلة مع الجنس الآخر.
10. ادخاله في مدرسة داخلية.
11. انهيار وضع الأسرة الاجتماعي _ الاقتصادي.
12. فقدان شخص عزيز، وخصوصاً الأب أو أحد المقربين.

13. غياب الأب انطلاقاً من فكرة أن سلطة الأب وعاطفة الأم هما الركنان الأساسيان في توازن العلاقات الأسرية. فالسلطة ليست قمعاً دائماً، بل هي أيضا سند ودعم عاطفي.

14. الشعور بالنقص والخسارة و الاحباط العاطفي Distortion cognitive،

ما المؤشرات التي تشير الى أن شخص معين سواء من المعارف أو الأصدقاء مقبل على الانتحار؟

1. بالدرجة الأولى وهم الأكثر احتمالية، الأشخاص الذين حاولوا الانتحار من قبل.

2. الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب و سبق أن عانوا من اكتئاب فكلما ارتفعت حدة الاكتئاب ترتفع احتمالية توجه الشخص للانتحار.

3. إذا بدأ الشخص ببعض خطوات تنفيذية فهذا يعني أن الشخص بدأ بخطوات تترجم فكرة الانتحار لديه مثال: قد يقول "لقد ابتعت كمية كبيرة من الأدوية لأخذها و ارتاح" ....و شيء من هذا القبيل.

5. عادة ما تظهر العلامات التالية بصفة واضحة ومستمرة: الإحساس بالكسل والتبلد العام والاهتياج، فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، الانطواء على النفس، الحزن الشديد أو الشعور بالفراغ، ضعف معنويات الشخص، اليأس، القلق، الصعوبة في التركيز وفقدان الذاكرة، النقد الذاتي، الإنتقاص من قيمة الإنسان لنفسه، تغييرات في عادات الأكل، اضطرابات النوم (الأرق وما شابه)، الإرهاف المزمن، فقدان الطاقة، عدم الارتياح البدني مثل الإمساك وحالات الصداع.

سبل الوقاية المتعددة للحد من ظاهرة انتشار الانتحار

يؤكد العلماء الذين درسوا آلاف الحالات لأشخاص قد ماتوا منتحرين على ضرورة العناية بمن:

متابعة من لديهم اضطرابات نفسية قد تؤدي بهم إلى الانتحار

(خصوصاً من يعانون الاكتئاب والفصام وإدمان الكحول).

وضرورة رعايتهم من الناحية الطبية وتوفير الحالة النفسية السليمة لهم. من خلال:

- مساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي مع الآخرين.
- تقديم التوجيه والارشاد النفسي لهم بشكل مستمر على شكل جلسات جماعية أو فردية لبعض الحالات التي تتطلب ذلك.
- تعليم الفرد من خلال الجلسات الجماعية كيفية تعلم الاستراتيجيات المناسبة لحل المشاكل النفسية والاجتماعية والتربوية التي يواجهها. لان مشاكل الحياة لاتحل بالهرب منها بالانتحار أو بمعاقرة الخمرة أو ادمان المخدرات، بل في مواجهتها وجه لوجها.
- زيادة عدد وتفعيل دور وحدات الارشاد النفسي والاجتماعي في كافة المدارس والجامعات والمعاهد
- التأكيد على ان قتل النفس محرم شرعا وهذا ما ذكرته كل الكتب السماوية. ﴿ يُرِيدُ ٱللَّهُ أَن يُخَفِّفَ عَنكُمْۚ وَخُلِقَ ٱلْإِنسَٰنُ ضَعِيفًا ﴿٢٨﴾ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَأْكُلُوٓاْ أَمْوَٰلَكُم بَيْنَكُم بِٱلْبَٰطِلِ إِلَّآ أَن تَكُونَ تِجَٰرَةً عَن تَرَاضٍ مِّنكُمْۚ وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴾

﴿ وَمَن يَفْعَلْ ذَٰلِكَ عُدْوَٰنًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصْلِيهِ نَارًاۚ وَكَانَ ذَٰلِكَ عَلَى ٱللَّهِ يَسِيرًا ﴾

❖ ﴿ إِن تَجْتَنِبُواْ كَبَآئِرَ مَا تُنْهَوْنَ عَنْهُ نُكَفِّرْ عَنكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَنُدْخِلْكُم مُّدْخَلاً كَرِيمًا ﴾ [النساء: 26-31]. هذا العقاب الإلهي: ﴿فَسَوْفَ نُصْلِيهِ نَارًا ﴾ إنها بحق نتيجة مرعبة لكل من يحاول أن يقتل نفسه.

الحد من فرص الحصول على وسائل الانتحار (مثل مبيدات الهوان والأدوية والأسلحة).

الإنصات للأشخاص المقربين و الأصدقاء و الأبناء خصوصا من يمرون بظرف صعبة التواصل العاطفي و التحدث بهدوء مع المقربين و الأصدقاء و الأبناء خصوصا من يمرون بظرف صعبة.

عدم الضغط على الأبناء بخصوص التحصيل الدراسي و العطاء العاطفي مهما كان ذاك التحصيل.

الفصل التاسع



التخلف العقلي

التخلف العقلي في ضوء نظريات علم النفس
نبذة تاريخية
تعريف الإعاقة العقلية
التعريف الطبي
المنظور السايكومتري
المنظور السلوكي
المنظور الاجتماعي
انتشار الإعاقة العقلية
تصنيف الإعاقة العقلية
الإعاقة العقلية البسيطة
الإعاقة العقلية المتوسطة
الإعاقة العقلية الشديدة
الإعاقة العقلية الشديدة جدا (العته)
أسباب الإعاقة العقلية
عوامل ما قبل الولادة
شذوذ الكروموسومات اللاجنسية
هل يمكن الكشف المبكر عن متلازمة داون قبل الولادة
متلازمة تيرنر
متلازمة ادورد
متلازمة لوري – كوفين
متلازمة (21) اكس المكسور
التبادل الكروموسومي
التضاعف أو التنسخ
الطفرة الوراثية أو الحذف
الأمراض التي تصيب الأم
مرض الحصبة الألمانية
مرض الزهيري (السفلس)
فيروس نقص المناعة (الايدز)
سوء التغذية
الأشعة السينية
العقاقير والأدوية
تلوث الهواء والماء
اختلال العامل الريزيسي RH
متلازمة الكحول الجنينية
المشاكل عند الولادة
أسباب ما بعد الولادة
المواد السامة
المعادن الثقيلة
إصابات الدماغ
متى ينبغي ان نشتبه باحتمال وجود التأخر العقلي؟
علامات تطور الطفل الاساسية (مؤشرات النمو الطبيعية)
الوقاية من الإعاقة العقلية
1.الوقاية الأولية
2.الوقاية الثانوية
الأسباب المتعلقة بالفقر
الكشف المبكر

9

الفصل التاسع

التخلف العقلي

التخلف العقلي في ضوء نظريات علم النفس

(الجشطالت، هيب، أليس، بياجيه، روتر، هيبر)

أولا: نظرية "الجشطالت" والتخلف العقلي

من المعروف في علم نفس الجشطالت أن إدراك الكل يعتمد علي إدراك الأجزاء وترابطها، ومن إدراك الأجزاء والعلاقة بينما يأتي الإدراك الكلي بالشيء من حيث تحديد طبيعته وتكوينه0 تطبيق نظرية الجشطالت في مشاكل التخلف العقلي:

هناك اتجاهان في تطبيق نظرية الجشطالت في تفسير التخلف العقلي:

الاتجاه الأول: ويرتر وشتراوس

هل يحدث قصور في وظائف الكائن الحي الإدراكية إذا ما أصيب باضطراب ذي دلالة؟ حاول ويرنر وشتراوس وزملائهما أن يجيبوا على هذا التساؤل بسلسة من الأبحاث على المتخلفين عقليا من الفئات العليا. وكان التخلف في بعض الأحيان من النوع الناشئ عن أسباب خارجية. والبعض الأخر من النوع الناشئ عن أسباب داخلية. واستخدام الباحثون مجاميع ضابطة من الأسوياء المساوين لهم في العمر العقلي. وقد أتضح من هذه الأبحاث أن المتخلفين عقليا " بسب خارجي" كانوا باستمرار أكثر عرضة لتأثير إدراكهم بالتغيرات التي أدخلت علي الأرضية (أرضية الرسوم التي قدمت إليه) وكذلك بدرجة التناقض بين الشكل والأرضية أكثر من زملائهم المتخلفين عقليا لأسباب داخلية. وظهر هذا في إدراكهم للأشكال أو رسمها بعد رؤيتها وهذه الفئة الأخيرة كان أداؤها

مساويا للأطفال الأسوياء وعلى أي حال اختفت الفروق بين المجاميع بتعديل الظروف التجريبية علما بأن هذه التجارب قد أجريت على الإدراك البصري، والسمعي، والحسي، وكذلك التذكر وتعريف المفهومات.

ويمكن تلخيص نتائج هذه البحوث في أن تنظيم" الشكل والأرضية "هو أحد العوامل الهامة التي تتأثر بدرجة واضحة عند إدخال عدد من العوامل التجريبية: وبالرغم من هذه الأبحاث كانت تعتبر علي درجة كبيرة من الوضوح في إجرائها إلا أنها قوبلت ببعض الاعتراضات على كيفية اختيار العينات وتقسيمها فضلا عن أنه قلما يتفق الباحثون على كيفية التعرف على الأقل أبحاثا كلاسيكية تمثل غزوا في ميدان التخلف العقلي والتعرف علي خصائص هذه الفئات ومازالت تحتاج إلي كثير من التأكيد والاستقصاء، و لكن هذا لا يقلل من أهميتها العلمية والتجريبية.

الاتجاه الثاني: لوين (1935) وكونين (1941)

ينبع هذا الاتجاه أساسا في التخلف العقلي من مجموعة من الأبحاث على المتخلفين عقليا بإتباع طرائق مختلفة تماما عن الاتجاه السابق، بناء على نظرية المجال التوبولوجية التي قدمها لوين (1935)، وفي علاقة هذه النظرية بالتخلف العقلي جاءت الدلائل التجريبية على هذه النظرية من مجموعة من ثلاث تجارب. التجربة الأولي في التشبع الإدراكي أو تشبع السلوك، أما في التجربتين الثانية والثالثة فقد أجريتا على صغار من المتخلفين عقليا وقدرتهم على الاستمرار في تكملة عمل يكلفون به. ففي التجربة الأولي: وجد لوين أن المتخلفين عقليا من الفئة العمر(10 – 11) سنة كانوا يميلون إلى رسم دوائر وخطوط دائرية (شخبطة) لمدة أطول من الأطفال الأسوياء في نفس فئة العمر. ولكن لم يكن هناك فرق بين المجموعتين في فئة السن(9 – 10) سنوات. وعندما لوحظت المجموعات من الفئة السن (8 – 9) سنوات وجد أن الأطفال الأسوياء يستمرون أكثر من نفس السن في رسموهم، ولاحظ لوين أن مجموعة المتخلفين إما أن

يندمجوا في مثل هذا العمل أو يتركوه تماما ، بينما لوحظت المرونة أكثر في فئة الأسوياء فهم اقل تحديدا في الاندماج من عدم الاندماج. وقد فسر لوين هذه النتائج بأن مجموعة المتخلفين (10– 11) تشبه مجموعة الأسوياء بوجه عام من فئة السن (8-9). وأما التجربتان الثانية والثالثة: فقد وجد كوك أن مجموعة المتخلفين عقليا من سن (9-8) يعودون مرارا للأعمال غير المتكاملة من أدائهم أكثر مما يفعل الأسوياء من فئة العمر(7– 8) سنوات حتى بعد إدخال نشاط بديل مهما كان مشابها أو مختلفا عن العمل السابق. ويوضح كوين (1941) مظهر " الجمود " عند المتخلفين عقليا في إطار نظرية لوين بأن افتراض أن جمود حدود المناطق النفسية يتوقف على العمر الزمني كما يتوقف على درجة التخلف العقلي. واقتراح نوعين من الجمود أحدهما أسماه الجمود الأولي، وهذا النوع من الجمود ينشأ عن تلف يحدث للطبقة تحت القشرية في المخ وفي قاعدته. والنوع الأخر من الجمود هو الذي يطلق عليه الجمود الثانوي، وهو الذي ينتج عن إصابة أو تلف في القشرة المخية أو التكوين الخطأ فيه. ويظهر الجمود الأولي في جمود النظم أو جمود الموقف، أما الجمود الثانوي فيظهر كقصور في " الاتجاه إلى التجريد " وهو الذي يؤدي بالفرد إلى موقف تشتيت الانتباه أو سلوك المداومة والذي شبهه جو لد شتين برد فعل كالتستر الذي يوصف الفرد نتيجة له بأنه على درجة كبيرة من الجمود.

وعلي كل حال فإن خلاصة هذين الاتجاهين هي أننا يجب أن نأخذ الفروق الوراثية أو التكوينية في الاعتبار وعندما توجد فروق في الأداء مع تساوي الأعمار العقلية للعينات فإننا نستطيع أن نعزوها إلى الدافعية باستمرار.

ثانيا : نظرية (هيب) الفسيولوجية النيورولوجية والتخلف العقلي :

تعد نظرية هيب احدي النظريات الجزئية التي تفسر الذكاء والسلوك وتقوم النظرية على أساس مصطلحات ومفاهيم تعتمد على تفسير طبيعة تكوين المخ والجهاز العصبي بوجه عام وهذه النظرية بعكس نظرية الجشطالت تري أن العمليات الإدراكية غير وراثية، بل أن الفرد يتعلمها ويكتسبها خلال حياته.

ومنها يكون للسلوك مستويان: مستوي السلوك الانعكاسي أو الحسي، وهو يصدر عن الاتصال المباشر والتحكم للمساحة الحسية (ح). والسلوك الثاني هو السلوك العقلي كالانتباه والإدراك والتفكير وهو يصدر عن المساحة الترابطية (ت) وهو لا يحدث نتيجة استثارة خارجية مباشرة بقدر ما تحدث كعملية تلقائية داخلية وهذا النوع من السلوك الراقي أو العالي يتضمن عند حدوثه عمليات وسيطة بيئية كالأفكار والتصور0 ويري هيب أن التعلم بهذه الصورة هو نوع من السلوك الراقي يتضمن دوائر اتصال منشطة تمر خلال القشرة السحائية ودوائر اتصال منشطة أخري قائمة على أساس الانعكاسات المباشرة المختلفة. والعمليات العصبية نوعان :الواردة) الداخلة) وتحدث عن طريق جهاز الاستقبال والعمليات الصادرة) الخارجة) وهي إما أن تكون نوعية صادرة عن عضلة من العضلات أو عن غدة من الغدد 0000 ، إما أن تكون غير نوعية أو عامة كما في حالة الانفعال. والتوصيل العصبي خلال هذه العمليات ينتقل بطريقتين هما: الطريقة المتوازية وهي التي تمر فيها التوصيل من المثير إلي نيورون محدد، أو مجموعة من النيترونات والطريقة الثانية هي التوصيل بالانتشار وهو الذي يتجه فيه التوصيل أو الإثارة إلى عدة اتجاهات ويميز هيب بين الاستثارة وتسهيل التوصيل فهو يري أن الاستثارة من الخارج إلى الجهاز العصبي المركزي، أما تسهيل التوصيل فإنه يتم باستثارة نيورون إلى نيورون أخر يليه في طريق التوصيل، وهنا يضيف هيب فكرة " الكف " فهو يري أن هناك نيورنات خاصة تقوم بمثل هذه الوظيفة في الجهاز العصبي. وبالرغم من أنها نظرية فسيولوجية في طبيعتها إلا أنها حاولت أن تفسر بعض المفاهيم المرتبطة بالذكاء والعمليات الحسية والانفعالات الأخرى، فالذكاء عند هيب يعتمد على كل من الوراثة والبيئة ويتطلب وجوده إنشاء " مجموعة نظم " من الخلايا العصبية وكذلك لا بد من تسهيلات للاتصال بين هذه المجموعات من الخلايا. وتأخذ نظرية هيب في الاعتبار دور كل من الانتباه، والألفة والحداثة (الجدة) في الإدراك والتعليم. ونظرية هيب تؤكد أهمية الخبرات الإدراكية أثناء الطفولة المبكرة في تكوين وتقوية ما يراه هيب بأنه (تجمعات

خلوية) ترتكز عليها أي عملية تعلم في المستقبل ولذلك فإن إثراء حياة الطفل وبيئته وزيادة المنبهات بها يمكن أن تؤدي إلى تعلم أفضل خلال استخدامها للأشياء التي يراها ويسمعها 00000 الخ، كذلك فإن التعليم المبكر يكون منطقيا ومن اقوي الأسس المنطقية لعلاج التخلف العقلي. ويتطلب التدريس للمتخلفين عقليا (في ضوء نظرية هيب) تتناول الموقف التعليمي والتركيز على انتباه المعاق إلى المادة المقصود تعليمها خلال عدة طرائق منها :إبعاد المثيرات غير المنتمية للموقف التعليمي، تجريب طرائق حديثة ومواقف جديدة لزيادة الانتباه لدرجة معقولة لا يتشتت مع انتباه الطفل حيث أن تقديم مواد متعددة وكثيرة في نفس الوقت يتشتت معها تفكير الطفل. وعلى النقيض من ذلك فإن تقديم مواد مألوفة جدا للطفل يثير الملل فيهم. ويجب أن تقدم المادة في صورة حية ملموسة بحيث تنتقل من البسيط إلى المعقد، كما يجب استخدام أكثر من قناة حسية واحدة فإن ذلك يكون أفضل فإذا أتيح للطفل أن يري الشيء ويسمعه ويلمسه... الخ، كان أفضل مما لو رأي صورته فقط. وكذلك فإن التدريب والممارسة لازمين، لان هذا يقوي تنظيم التكوينات التي قال بها هيب في نظريته.

ثالثا: نظرية "أليس" المثير وعلاقته بالتخلف العقلي:

يري نورمان أليس (1963) أن القصور في تعليم المتخلفين عقليا يمكن تقييمه في ضوء مفهوم مسار المثير (أو مسرب المثير أو ما يحدثه المثير من أثر) بصفته ميكانزم يمكن في ضوئه تفسير الفروق الفردية في التذكير المباشر بين السوي والمتخلف عقليا. فالفروق بين الأسوياء والمتخلفين عقليا يمكن تفسيرها على أساس أنها فروق في التذكر المباشر، وفي تكامل الجهاز العصبي، فالقصور في التعليم عند الكائنات الدنيا أو المتخلفين عقليا يمكن إرجاعه إلى فقدان صفة الاستمرار بين الحوادث في الموقف التعليمي كنتيجة "قصور" في بقاء مسار المثير الناتج عن إصابات الدماغ المحتملة أو الأمراض وعدم تكامل الجهاز العصبي، فمن المعروف أن كثير من الاستجابات في مواقف التعلم المختلفة

يعتمد بصورة أساسية على التذكر المباشر والتعامل المباشر مع الموقف. وتعتمد نظرية أليس في مسار أثر المثير على مفهومين:

المفهوم الأول: هو مسار المثير ويمكن تعريف مسار المثير في ضوء مثير يحدث أولا ، ثم حدث سلوكي ينتج عنه في النهاية.

والمفهوم الثاني: هو أن تكامل الجهاز العصبي يعرف بنسبة الذكاء أو أي معامل أخر مناسب لتوضيح الفروق الفردية في هذا المجال، وبالرغم من أن النظرية لا تختص بدراسة التذكير غير المباشر إلا أن الأبحاث المختلفة في التذكير لدي المتخلفين عقليا قد ألقت الضوء علي التذكير غير المباشر " طويل الأمد " وسوف نري أن الأسوياء والمتخلفين عقليا يتساويان في هذا المجال، ومن ثم فإن التركيز على التذكر المباشر والتعامل مع الموقف التعليمي يلقى كل الاهتمام من هذه النظرية .وقد استفاد غليس في أدلته من كثير من البحوث النفسية مع الأسوياء والمتخلفين عقليا في مجالات التعليم اللفظي، والاستجابة المرجأة وزمن الرجع والتعلم الشرطي.

رابعا : نظرية " بياجية " في النمو العقلي وعلاقتها بالتخلف العقلي :-

يري العلامة بياجية أن الذكاء هو القدرة على التكيف للبيئة. وأن تطور ونمو هذه القدرة يمر خلال سلسلة من مراحل النضج وتعد نظريته في نمو الذكاء من نماذج النظريات الفريدة في نوعها لأنها تقدم مفهوما متكاملا للذكاء في نوعيته وتطوره. فنظرية بياجية التطورية في النمو العقلي تعتبر الذكاء في مراحل نموه يختلف من مرحلة إلى مرحلة أخري ولذلك فإن العمليات العقلية في كل مرحلة تكون مختلفة وتتناسب مع قدرة الفرد على التكيف في هذه المرحلة. فالذكاء عند بياجية هو القدرة على التكيف وهو يمثل نقطة التوازن بين أثر أفعال الكائن الحي على البيئة واثر أفعال البيئة على الكائن الحي فالبيئة تجبر الكائن الحي على أن يتكيف لواقع الأمور وبالتالي فإن الكائن الحي يغير دائما من البيئة بأن يفرض عليها تكوينات جديدة نابعة منه.

ومن ثم جاءت تعبيرات بياجية في الاستيعاب والتكيف أو الاستراحة، ولا بد من وجود توازن في التفاعل بين الكائن الحي والبيئة وعندما تسود احدي العمليتين على الأخر فإن الكائن الحي يكون غير متكيف. وتفترض نظرية بياجية ثلاثة مراحل أساسية من النمو العقلي:

أ. المرحلة الحسية الحركية من الميلاد إلي السن الثانية من العمر(وتتكون من ستة مراحل فرعية).

ب. المرحلة الثانية حسب نظرية بياجية هي مرحلة الذكاء المتصل بالمفاهيم والمدركات الكلية وتمتد من العام الثاني إلى سن (11) سنه والمرحلة الثانية تنقسم بدورها إلى مراحل تطورية فرعية هي:

(1) مرحلة ما قبل المفاهيم من(2 – 4) سنوات.

(2) مرحلة الحدث من سن(4 – 7) سنوات.

(3) مرحلة العمليات المحسوسة من سن(7 – 11) سنه .

ج.المرحلة الثالثة وهي مرحلة التفكير الناضج القائم علي استخدام المفاهيم أو المدركات الكلية وهذه المرحلة تبدأ من سن(11) سنه تقريبا .ويمكننا النظر غلي مشكلة التخلف العقلي من خلال مفاهيم نظرية بياجية فالذكاء تطوري ويتصف بخصائص معينة في كل مرحلة من مراحل نموه وهذه النظرية يمكن أن تثري مفاهيمنا عن التخلف العقلي، ويمكننا النظر إلى قدرات ومعوقات المتخلفين عقليا حتى في أدنى مستوياتهم نظرة واقعية في ضوء ما يستطيعون التفكير فيه في ذلك العمر كما أن توقعاتنا عما يستطيعون عمله تكون محدودة بأنواع التفكير المناسب، وانتقال المتخلف عقليا من مرحلة إلى مرحلة يصاحبه ظهور عمليات عقلية مختلفة عن المرحلة السابقة التي تركها والتي يمكن لنا أن نتبعها إذا وجدنا الاختبارات التي تقيس الذكاء حسب مفهوم التطور العقلي في هذه النظرية. ويري بياجية أن النمو العقلي

يتميز باختفاء نظم استجابات معينة أولية للتفكير ليحل محلها نسق ونظم من مستويات اعلي تعقيدا. وهو يري أن التخلف العقلي هو العجز عن التقدم من المستويات الأولية إلى مستويات عقلية أعلى إلى إنشاء اختبار تطوري الذكاء يتناسب مع إطار النظرية. وقد قامت مثل هذه المحاولات في كندا وسويسرا منذ الخمسينات حيث تكون الأهمية القصوى لنوع استجابة الطفل وليس لزمن استجابته مثلا.

وللنظرية أهميتها في تعليم المتخلفين عقليا وفي اختيارهم وتقسيمهم وفي بناء مناهجهم وطرائق التدريس لهم، فاختبار الذكاء الذي يتخذ منه بياجية مفهوما نظريا له أهمية قصوى في اختبار المتخلفين وتقسمهم في المستويات العقلية المختلفة، وكذلك في تحويلهم إلى الخدمات الأكاديمية العلاجية المتخصصة بمثل هذه الاختبارات يمكن الكشف عن مدى استعداد الطفل لأداء عمل ما، أو لتعلمه مادة أو خبرة معينة. وبالنسبة للمناهج فإن التنظيم الداخلي للمنهج ومحتوياته في المستويات المختلفة يجب ان يتبع تنظيم العلميات العقلية في هذه المستويات وهذا الأمر الذي توصلت إليه نظرية بياجية علي جانب كبير من الأهمية. وبالنسبة لطرائق التدريس، فإن بياجية يؤكد أهمية التعليم الحسي، والتعليم عن طريق العمل، تنظيم العمل بالانتقال من خطوة إلى الخطوة التي تليها أو من مرحلة إلى مرحلة أخري أكثر تعقيدا. ولا شك أن هذه النظرية تقدم لنا مفاهيم قابلة للتطبيق والاستسقاء في ميدان التخلف العقلي.

خامسا : نظرية "روتر" في التعليم الاجتماعي وعلاقتها بالتخلف العقلي :

تذهب النظرية إلى أن احتمال حدوث سلوك معين من فرد ما لا تحدده الأهداف والحوافز (التعزيز) فحسب، بل يتأثر أيضا بواقع الفرد للحصول على الأهداف. وهذه المسلمة تمثل القاعدة التي ترتكز عليها مفاهيم النظرية مثل التوقع وقيمة التعزيز أو الحافز واحتمال حدوث السلوك أو القوة الكامنة للسلوك والموقف. ويري هيبر (1957) أن المتخلف عقليا يفشل في التوصل إلى أهدافه بسبب

قدرته العقلية المحددة إذا ما قورن بأقرانه من الأسوياء أو المتفوقين، فهو يقابل كثيرا من مواقف الفشل وقليلا من مواقف النجاح.ولذلك، فإن المتخلف عقليا لابد أن (يتأصل) لديه توقع معمم ضئيل جدا لتحقيق الهدف. وأن هذا قد يكون السبب في قصور أداء المتخلف عقليا. فهو لسوء الحظ صاحب نسبة ذكاء منخفضة وتوقع معمم ضعيف للنجاح أو التوصل للهدف .وقد ارجع هيبر القصور في أداء المتخلف عقليا إلى توقع الفشل وانخفاض مستوي التوقع المعمم لديهم .وفي هذه الدراسات الأولية يمكننا نصوغ عدة ملاحظات بخصوص البحوث مع المتخلفين عقليا في هذا الميدان:

أن المتخلفين عقليا لديهم قصور في القدرة على إدراك الواقع في الخطأ أو عمل الصواب.

إن الاستجابة اللفظية من جانب المتخلفين عقليا في مثل هذه المواقف تقتضي دراسة واستقصاء.

يستحسن إجراء مثل هذه التجارب على المتخلفين عقليا باستخدام السلوك الحركي بدلا من السلوك اللفظي.

يميل المتخلف عقليا إلى استخدام لغته (لتحقيق الرغبة أكثر مما يستخدمها للتعبير عن الحقيقة).

ومن هذه الأبحاث يتضح أن نظرية التعليم الاجتماعي يمكن أن تفيدنا في دراسة المتخلف عقليا ببعض التطبيقات:

1. يستجيب الأطفال الصغار في ضوء الحوافز المباشرة الفورية وتحصيل الهدف مباشرة. فيجب أن يكون التدعيم فورا ومباشرا أيضا.
2. يمكن أن يستفيد الطفل الأكبر سنا بالتدريج من التعرض للخبرات والمواقف في الفصل فيحل الفشل وأسبابه (بمعاونة المدرس) بدلا من التألم للفشل ونتائجه أو محاولة تجنب المواقف الجديدة.

3. يجب ألا يكون معيار النجاح في الفصل الدراسي العمل الناجح نفسه، بل الوصل بالطفل إلى المستوي الذهني لتفهم معني النجاح وكيفية الاستفادة من الفشل وان يساعده على الوصل إلى النجاح ، على أن يؤخذ في الاعتبار مستوي النضج العقلي للطفل0

سادسا : نظرية التحليل النفسي والتخلف العقلي

تستطيع نظرية التحليل النفسي تفسير بعض الظواهر المتصلة بالتخلف العقلي وخصوصا ما ترتبط منها بنظام الشخصية. وبالرغم من قلة عدد كتاب علم النفس الذين حاولوا سحب النظرية إلى مجالات التخلف العقلي لان هذه النظرية قد استأثرت بأسس العلاج النفسي والصحة النفسية. وهي نفسها التي يمكن استخدامها مع المتخلفين عقليا ، فكيف السبيل إلى فهم التخلف العقلي في ضوء مدرسة التحليل النفسي. يري روبنسون وروبنسون (1965) الإطار التالي لهذا التفسير: من المعروف أن المتخلف عقليا ينمو ببطء وبمعدل أقل في النواحي الجسمية والعقلية العليا ويتبع هذا طاقة جسمية أقل وطاقة عقلية أقل وهي المتوفرة للعمليات العقلية العليا اللازمة للتعامل مع مواقف الحياة اليومية وفي تفاعله مع المجتمع وبذلك فأنه يمكن تقبل الفكرة القائلة بأن المتخلف عقليا يميل لان يكون له طاقة كلية لبيدية أقل مما في الطفل العادي.

مكونات الشخصية :

وبالنسبة إلى التكوين فإن المتخلف عقليا يتأخر لديه تكوين الذات والذات العليا أو أنهما قد يفشلان في التكوين والنمو ، فتكوين الذات يعتمد على تبيان الحقائق والقدرة على الفهم والتوقع وتعديل الخبرة والتعميم والتمييز واستخدام الألفاظ فكل هذه العوامل وقصورها في المتخلف عقليا يجعل من نمو ذاته عمليه صعبة وبطيئة ولذلك فإن المتخلف عقليا يكون غير قادر لدرجة كبيرة على التعامل مع الموقف التي يحتاج فيها إلى للسيطرة على " الهو " أو(الذات العليا) في

مواجهة مواقف الحياة العادية ومثل هذه الذات القاصرة غالبا ما يغلب عليها التصرفات الطفلية أو الحيل اللاشعورية البدائية في أنماط سلوكية تستنزف طاقة الفرد دون السيطرة الواقعية، مما يسبب تصدع بناء الشخصية ككل. فالطفل المتخلف لا يستطيع أن ينتقد أعماله لفقدانه البصيرة في تقيم الذات التي تحفظ التوازن مع بقية مكونات الشخصية. كذلك فإن (الذات الأعلى) غير ناضجة التكوين: فتتصف بالعنف وعدم الخضوع، والخشونة. فالمنوعات التي يحددها الوالدان تطاع كلية وتقبل تماما، وهذه المرحلة اقل ثباتا عند المتخلفين عقليا، فالفشل في المدرسة لا يمكن أن تسامحه الذات العليا التي لا تستطيع التقييم الواقعي لقدرات الذات العاملة معه في نفس التكوين، وهذا يضع ثقلا أخر فوق الذات القاصر فهو يعمل بين رغبات قوية للهو، وذات أعلي لا يعرف المسامحة، ونقص في إدراك عالم الواقع.

عملية النمو:

يمر الطفل المتخلف عقليا بنفس المراحل التي يمر بها الطفل السوي حسب مراحل النمو في نظرية فرويد، ولكن الطفل المتخلف يحتاج إلى فترة أطول زمنيا للتخلص من عادات المرحلة حتى ينتقل إلى المرحلة التالية في النمو. ففي المرحلة الفمية قد يحتاج الطفل المتخلف للرضاعة فترة أطول من الطفل العادي، ويتأخر التحكم في الإخراج، وتعلم آداب المائدة أو اللبس بدون مساعدة. أن أي تأخير من جانب الأم على تدريب الطفل على أحد هذه الأعمال يمكن أن يتسبب عنه تثبيت لمستوي من هذه المستويات في النمو. وغالبا ما يجتذب الطفل المتخلف اللذة أثناء فترات النمو في المرحلة الفمية والشرجية، والتناسلية فهو يختلف بها، وتمتد فتراتها وقد يحدث لها تثبيت علي حساب العمليات الأخرى.

التخلف العقلي (الإعاقة العقلية)

يعد موضوع التخلف العقلي واحداً من أكثر المواضيع أهمية في علم النفس بشكل عام، وعلم النفس الفسيولوجي بشكل خاص، بسبب تداخل أسباب التخلف العقلي والتي يمكن تقسيمها إلى مجموعتين رئيسيتين من العوامل هي: عوامل فسيولوجية عصبية، وعوامل بيئية اجتماعية اقتصادية – والتي سيجري الحديث عنها بشيء من التفصيل في فقره لاحقه – **وتتجلى أهمية التخلف العقلي فيما يأتي:**

وجود نسبة لا يستهان بها من الأفراد اللذين يعانون من التخلف العقلي يحتم وجود مؤسسات خاصة لإيوائهم ورعايتهم، ومن الضروري ان يعمل بها أفراد مؤهلين تأهيل خاص لرعايتهم.

وجود طفل متخلف عقلياً في العائلة، من شأنه ان يزيد من مشقة تربية الأم لهُ كون ان هؤلاء الأفراد يختلفون عن اقرأنهم من غير المتخلفين عقلياً، فهم بحاجة إلى عناية واهتمام خاصين ولفترة زمنية طويلة جداً، قد تمتد في كثير من الأحيان طلية فترة بقائها على قيد الحياة.

أيضا تتجلى أهمية موضوع التخلف العقلي ان المجتمع بالرغم مما حدث به من تطور تقني وتكنولوجي، خاصةً في المجال الطبي أو التطور في مجال الخدمات النفسية إلا ان كل ذلك لم يصل بعد إلى حد ان يوقف تماماً ولادة أطفال متخلفين عقلياً.

أيضا برغم من كل التطور الذي حدث في المجال الطبي والنفسي الذي حدث، إلا ان الصعوبة لازالت قائمة في استحالة علاج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي.

بسبب القصور العقلي لدى هؤلاء الأطفال يمكن ان يكونوا صيد سهل فهم معرضين أكثر من أقرانهم لسوء المعاملة .Abuse child والاعتداء عليهم أو

استغلالهم من قبل عصابات إجرامية أو إرهابية لتنفيذ أعمال قد توقع أذى كبير جداً على المجتمع أو حدوث ضرر يلحق بهم أنفسهم.

برغم التطور الطبي إلا ان أعداد هؤلاء بتزايد مستمر.

نبذة تاريخية

وجود أطفال متخلفين عقلياً ليس بالشيء الجديد، لأن الأسباب التي يتعرض لها المجتمع وتحديداً الأم والطفل ليس جديدة إذ وجدت بوجود الإنسان على سطح الأرض، فالأم في العصور البداية يمكن ان تمرض ويمكن ان تتعرض لضربة او ضرر معين في فترة الحمل ويمكن ان تعاني من عسر ولادة ..الخ، وهذه الظروف هي من الأسباب التي يمكن ان تسبب حالة تخلف عقلي للطفل. ونفس هذه الظروف يمكن ان تتعرض لها الأم في الوقت الحاضر وتسبب ولادة طفل متخلف عقلياً. إلا انه في الوقت الحاضر فضلا عن الأسباب السابقة ظهرت أسباب جديدة نتيجة التطور الذي حدث في المجتمع، فبدلا من ان التطور يقلل من أسباب التخلف العقلي أضاف أسباب أخرى جديدة لها. إذ يمكن ان تتعرض الأم الحامل للتسمم بمواد كيميائية معينة، او يمكن ان تدخل غرفة أشعة، او يمكن ان تتناول دواء بدون استشارة الطبيب ..الخ. وهي أسباب جديدة فضلاً عن القديمة قد تسبب ولادة طفل متخلف عقلي. وأسباب التخلف العقلي حتى البيئية او الاجتماعية والاقتصادية . وجدت في المجتمعات البدائية ولازالت موجودة حتى الوقت الحاضر، إذ توجد الكثير من المجتمعات في والوقت الحاضر تعاني من الحرمان الثقافي والعزلة الاجتماعية إذ أشارت الدراسات السابقة ان العزلة الاجتماعية يمكن ان تكون أحد أسباب التخلف العقلي. ومن الأسباب البيئية الأخرى الجوع أو سوء التغذية والتي يمكن ان تسبب ولادة طفل متخلف عقلياً. إذا يمكن القول ان التخلف العقلي هو الحالات التي لازمت المجتمع منذ تكونه وحتى الوقت الحاضر، ولكن التعامل مع الأفراد المتخلفين عقلياً في الوقت الحاضر اختلف عما هو عليه في الصور القديمة. فقد واجه الأفراد المعاقون عقلياً

العديد من المحن عبر العصور في مختلف الثقافات، وذلك تبعاً للعادات والاعتقادات والثقافات السائدة. ففي اليونان القديمة كان قتل المعاقين عقلياً سلوكاً شائعاً. وفي اسبرطة Sparta. كان هناك مجلساً رسمياً من المفتشين مهمته فحص الأطفال. وفي حال الشك بان الطفل الذي جرى فحصه يعاني من عيوب معينة كان مصيره الرمي من منحدر عالي بشكل يؤدي الى موته. وفي القرن الثاني بعد الميلاد كان الأفراد المعاقون الذين عاشوا في الإمبراطورية الرومانية يباعون في الأسواق حيث يتم استعمالهم للترفية أو التسلية. وأدى ظهور المسيحية إلى العزوف عن هذه الممارسات. وبدأ الاهتمام برعاية هؤلاء الأطفال ووصل هذا الاهتمام أوجه في العصر الإسلامي(83Sheerenberger ,19).

وفي العصور الوسطى أي الفترة الممتدة من (476 – 1799) بعد الميلاد كان هنالك تفاوتاً كبيراً في الممارسات السائدة تجاه الأفراد المعاقين عقلياً، فعلى الرغم من ان الممارسات الأكثر إنسانية تطورت بشكل كبير إلا ان العديد من الأطفال كانوا يباعون مثل العبيد او يتم إهمالهم. وفي عام(1960) نشر جون لوك مقالة مشهورة تتعلق بالفهم الإنساني اعتقد لوك: بان الأفراد ويولدون صفحة بيضاء وان العقل عبارة عن لوح فارغ. وميز بين الإعاقة العقلية والمرضالعقلي . وقد أثرت هذه الأفكار ايجابياً على العناية التي تقدم للمعاقين عقلياً.(البطاينة وآخرون، 2007، ص118).

تعريف الإعاقة العقلية

واحدة من الصعوبات التي توجه تعريف الإعاقة العقلية انها ليست بالأمر اليسير. إذ ان الأطفال الذين يصنفون على إنهم معاقون عقلياً يظهرون أنماطا سلوكية مختلفة للغاية ومستويات متباينة من التكيف، فضلاً عن ان النظرة للتخلف العقلي يشوبها الاختلاف خاصة في وضع المعايير التي بموجبها يعد الفرد متخلفاً عقلياً من ثقافة الى ثقافة أخرى. أيضا كلما تعلمنا شيء جديد عن الإعاقة العقلية وكيفية معالجتها احدثنا تغييراً في تعريف الإعاقة العقلية. وأيضا

من مواطن الصعوبة في التعريف هو: ما هي الجوانب التي تؤخذ بنظر الاعتبار عند التعريف، هل: (الجوانب العقلية الإدراكية، ام الجوانب النفسية التكيفية، ام الجوانب الاجتماعية الخاصة بعلاقة الفرد بالمجتمع)؟

ولهذه الأسباب فان وضع تعريف جامع مانع يجب ان يصف مظاهر الحالة التي تنطبق على كل حالات الإعاقة بأنواعها، ودرجاتها، وأسبابها المتعددة. والتعريف المقبول للإعاقة العقلية يجب ان يتضمن كل العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والجسمية والتربوية والفسلجية المتداخلة (البطاينة وآخرون، 2007 ،ص 118 – 119).

ولذا يعد عام(1900م) في الولايات المتحدة أول عام وضع فيه تعريف مقبول للإعاقة العقلية كونه تضمن العناصر التي أشار إليها، وهو ان الإعاقة تظهر في بداية الطفولة، وان الإعاقة تتضمن نقص جوهري في الجانب العقلي وان الفرد لا يستطيع التكيف مع متطلبات الحياة العادية (Sheerenberger,1983).

وبعد ذلك حدثت العديد من التغييرات على تعريف الإعاقة العقلية. لكن تلك التغييرات أجمعت على ان التعريف يجب ان يأخذ بنظر الاعتبار الافتراضات الأساسية التي تعتمد في تقييم الفرد وهي:

أ. الفروقات الثقافية بين الحالات الفردية.

ب. تأثير البيئة والمجتمع على تطور المهارات التكيفية.

جـ. مهارات الفرد في المجالات المختلفة.

تطور الأداء الذي يمكن ان يحدث مع وجود الدعم المناسب لأنه مع الدعم الشخصي الملائم. فان وظائف حياة الشخص المعاق عقلياً ستتحسن بشكل عام. والمقصود بالدعم هنا هو: تزويد الفرد بخدمات التعليم والتأهيل. ومن ثم اقتراح الاستراتيجيات والخدمات التي تسهم في تحسين وضع الفرد. كما ان نظام الدعم يجب ان يأخذ بعين الاعتبار ان حاجات وظروف الفرد تتغير مع مرور الوقت ((Schalock et.al.1994)) وسبب التغيير يعود إلى التغيير الذي يحدث في البيئة،

لان البيئة أو المحيط الذي يعيش فيه الفرد يحدد قدرته على التكييف إيجابا أو سلباً ، ولذلك فانه من الممكن ان يعتبر فرد ما متخلفاً عقلياً في مدينة ما ، وليس كذلك في مدينة أخرى (Anastasia.1997 & Kirk, Gallagher).

ولهذه الأسباب وجدة عدة تعريفات للتخلف العقلي اختلفت باختلاف الجانب الذي ينظر من خلاله لموضوع التخلف العقلي ويمكن تقسيمها الى:

التعريف الطبي

يركز التعريف الذي يعنى بالجانب الطبي عادة على الأسباب الفسلجية والعصبية ، وتحديداً الأسباب المؤدية الى إصابة المراكز العصبية في الدماغ، وأيضا يركز على فترة الطفولة او قبلها او أثناءها. حيث ان هذه الفترة هي التي يكون فيها الفرد معرضاً أكثر للتخلف العقلي مقارنة بالفترات العمرية الأخرى، كونها فترة نمو أساسية ، كذلك يركز على نمو الدماغ. فقد أشار تريد جولد Gold الى ان أسباب الإعاقة العقلية تعود الى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء حدث ذلك قبل الولادة او بعدها.

ولهذه الأسباب يعرف المنظور الطبي الإعاقة العقلية على انها حالة عدم تكامل نمو خلايا المخ او توقف نمو أنسجته منذ الولادة او في السنوات الأولى من الطفولة لسبب ما. والإعاقة العقلية ليست مرضاً مستقبلاً. بل هي مجموعة من أمراض تتصف جمعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة الى معدل الذكاء العام. وعجزاً في قابليته على التكيف (البطاينة وآخرون ، 2007، ص12).

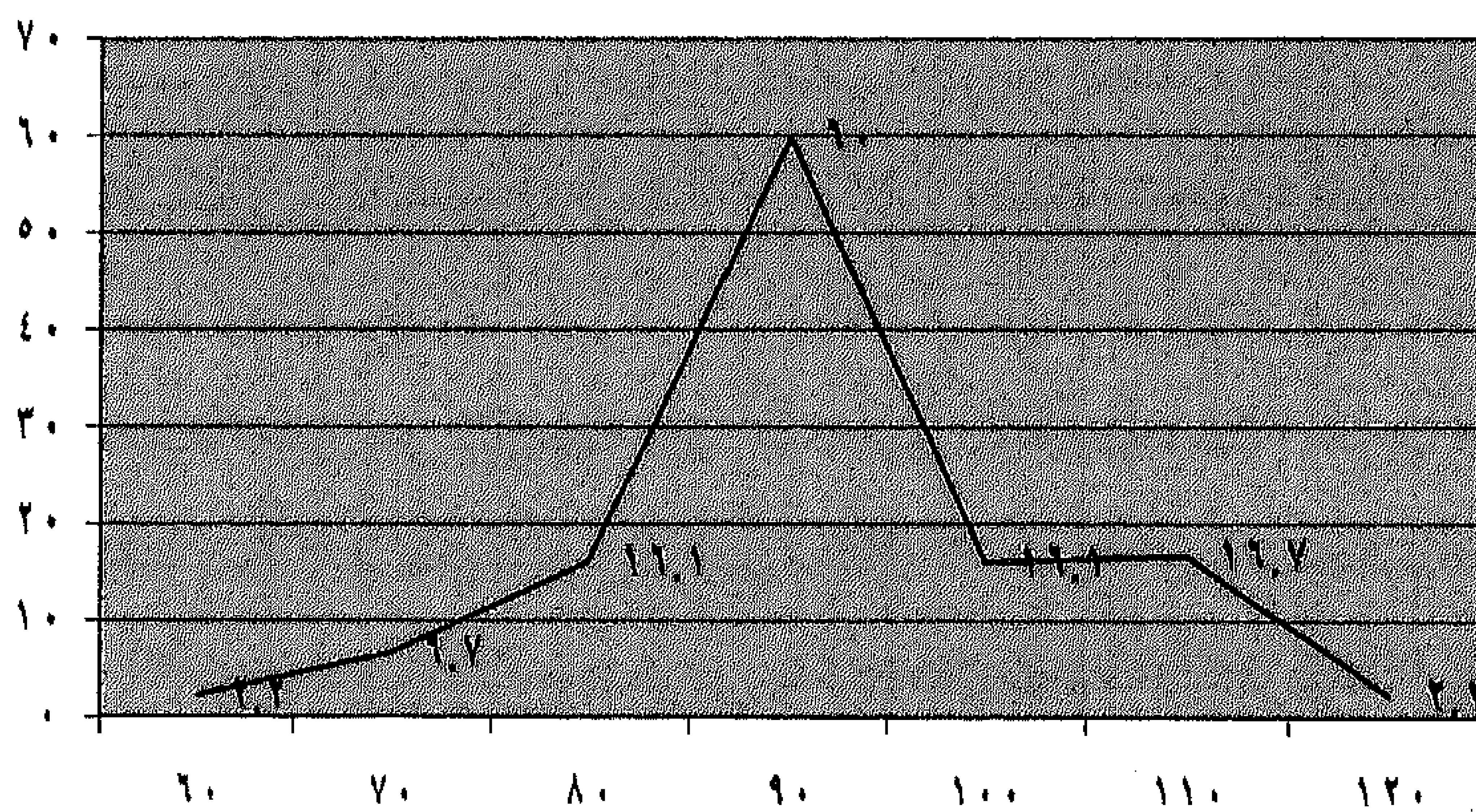
إذا فهم ينظرون الى التخلف العقلي ليس خللاً عقلياً يصيب القدرات العقلية، بل أيضا يمتد أثره الى الجانب النفسي. مما يؤثر سلباً على التكيف العام للفرد ، ومما لاشك فيه ما يعتري الجانب النفسي من اضطراب يمتد أثره الى علاقات الفرد بالآخرين (الجانب الاجتماعي) وهذا ما جعل Goldيعرف التخلف العقلي على انه: حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن

مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد الآخرين. بصورة تجعله دائماً بحاجة الى رعاية وأشراف ودعم خارجي(الرحو ، 2005، ص266).

المنظور السايكومتري

المنظور السايكومتري يتخذ من البيانات الإحصائية منطلقاً له ولهذا فهو يعتمد على نسبة الذكاء (IQ)(Intelligent Quotation كمعدل في تعريف الإعاقة العقلية ولذلك يرى ان الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (70) درجة على اختبارات الذكاء فهم معاقين عقلياً. وعليه فالإعاقة العقلية هي: حالة متأخرة من النمو العقلي تحدد نسبة ذكاء أدنى من (70) على وفق الاختبارات المتفق للذكاء (Spitz، 1963).

إلا أن حتى هذه النسبة غير متفق عليها بشكل نهائي، إذ يرى بعض أتباع المنظور الإحصائي (اختبارات الذكاء)، ان من يكون معدل ذكاءه اقل (80) فهو يعاني من قصور عقلي. وهذا التقسيم جاء وفق منحنى التوزيع الطبيعي لأية خاصية من خصائص المجتمع وفقاً للنمط أدناه: فهم يعتبرون ان الأفراد الذين يقع معدل ذكائهم اقل من (80٪) يعانون من قصور عقلي (كمال، 1983، ص393)، أنظر الشكل (5) .



شكل(5)

يوضح عدد أفراد المجتمع موزعين وفقاً لنسب الذكاء

ومن خلال مجموعة كبيرة من الإحصاءات توصل الباحثين إلى الجدول (5) الأتي:

جدول(5)

توزيع عدد الأفراد على وفق نسبة الذكاء

عدد الأشخاص	نسبة الذكاء	الصفة الذكاء
2.2٪	اقل من 70	ضعيف العقل
6.7٪	70 – 79	بيني (مقارب)
16.1٪	80 – 89	دون المتوسط
60٪	90 – 109	متوسط
16.1٪	110 – 119	فوق المتوسط
6.7٪	120 – 129	ذكي
2.2٪	130 فما فوق	ذكي جداً (موهوب)

وعلى الرغم من ان اختبارات الذكاء من المحاولات العلمية التي لا يمكن الاستهانة بها ولا بنتائجها، إلا ان من الصعب الاعتماد عليها لوحدها في الحكم في هذا المجال الحساس(القدرات العقلية)، وإذا كان لابد من استخدامها فلابد من اختيار المناسب منها للشخص المطلوب قياس قدراته العقلية، ولابد من معرفة مستوىصدق الاختبار وثباته في المحيط الاجتماعي والفئة المطلوبة قياس ذكائها. هذا من جانب، ومن جانب آخر ثبت ان المقاييس التي تبنى في مجتمع من المجتمعات يصعب الوثوق من نتائجها عندما تطبق في مجتمعات أخرى. فمقاييس الذكاء التي بنيت في أمريكيا على سبيل المثال لا تصلح ان تستخدم كما هي في المجتمعات الأخرى كالمجتمع العربي وذلك للاختلافات الرئيسة في الثقافة والقيم بين المجتمعات، بل البعض يرى ان داخل المجتمع الواحد بحكم وجود الثقافات الفرعية من شأنها ان تؤدي الى اختلافات ملحوظة في نتائج اختبارات

الذكاء. ولذا يمكن القول ان الاختبارات التي بنت في العراق على سبيل المثال لا تصلح للاستعمال في مصر او المغرب او عمان ... الخ.

إذا يمكن القول ان اختبار الذكاء يمكن ان يكون صادقاً عند وصف ذكاء فرد من الأفراد شريط ان تكون معايره مستمده من عينه تمثل المجتمع الذي ينتمي لهُ ذلك الفرد (الالوسي، 1988، ص204- 205).

المنظور السلوكي

يركز هذا المنظور على سلوك الفرد المعاق عقلياً وسلوكه التكيفي ومهاراته الاجتماعية، فهو يتجه الى اعتبار الكفاية الاجتماعية Social Competence هي الحل الأول للتعرف على المعاقين عقلياً. ولهذا أشارت عالمة الاجتماع ميرسرم Mercem 1973 ان الإطار الاجتماعي للفرد هو الذي يحدد فيما إذا كان معاقاً أم لا. ويتفق تريد جولد وسودي Soddy 1970 & Tred مع ميرسرم في ان الإعاقة العقلية عبارة عن حالة من العجز في النمو العقلي بدرجة لا تسمح للفرد بمواءمة نفسه مع البيئة العادية لأقرانه بشكل يتيح لهُ العيش مستقلاً دون حاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم (البطاينة وآخرون 2007 ،ص 122).

المنظور الاجتماعي

يتخذ هذا المنظور من درجة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين او مع كل ما يحيط به من متغيرات البيئة التي يعيش فيها منطلقاً لتعريف التخلف العقلي. إذ ان عدم، أو فشل أو عجز، أو ضعف قدرة الفرد على تقديم الاستجابة المطلوبة منه للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع إقرانه في المجموعة العمرية نفسها مؤشراً على وجود التخلف العقلي.

والفرد المتخلف عقلياً في ضوء هذا المنظور هو الذي لا يساعده عقله على المواءمة (التكيف) مع الآخرين في مواقف متعددة وفي المستوى الذي يكون سهلاً

ومألوفاً عندالعاديين في ظروف عادية. وانه دوماً بحاجة الى مساعدة الآخرين ورعايتهم، فهو لا ينتفع من الخبرات الاجتماعية التي يمر بها.

وفي هذا المجال يؤكد (تريد جولد Tred Gold) على ان النمو الاجتماعي أحد أكثر المؤشرات التي تساعد على معرفة التخلف العقلي. وهو يعتمد على الحالات التي يظهر فيها التخلف العقلي عند الطفل على الرغم من ان نسبة ذكائه تزيد على(90٪) وحالات أخرى لم تكن من وجهة نظره حالات تخلف عقلي على الرغم من ان ذكاء أصحابها لم تبلغ(70٪). وهو يبرر الاعتماد على النمو الاجتماعي بصفته محك للحكم على التخلف العقلي، لأنه يرى ان الغرض الأساسي والوظيفة الرئيسية للعقل هما: مساعدة الفرد على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها الفرد. فإذا حقق التكيف بنجاح فهو شخص عادي، وإذا فشل فيه فشلاً شاملاً فانه عندئذ يعد من المتخلفين عقلياً.

ولهذا يرى أصحاب هذا المنظور ان الفرد المعاق عقلياً هو الشخص الذي تتوافر فيهالشروط التالية:

عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي فضلاً عن عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.

انه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.

بدأ النقص العقلي لديه منذ الولادة أو في سنوات مبكرة.

سيكون معاقاً عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.

يعود النقص الى عوامل تكوينية أما وراثية او نتيجة مرض ما.

حالة غير قابلة للشفاء.

لكن كل ذلك لم يعفي المنظور الاجتماعي من النقد الموجه إليه، إذ يصعب الحكم على الطفل المتخلف عقلياً من خلال مدى ملائمة علاقاته مع

الآخرين، أو ما يؤديه من مهارات في مجال البيئة التي يعيش فيها. فعلى سبيل المثال نرى الطفل المتخلف عقلياً في الريف قد لا يبدو عليه ذلك واضحاً مقارنة بالطفل الذي يعيش في المدينة.لان الأعمال البسيطة التي يؤديها في الريف مثلاً، لا تحتاج الى قدرات عقلية عالية وبالتالي لا نجد فرقاً واضحاً بين الأطفال المتخلفين والأطفال غير المتخلفين عقلياً في نفس تلك البيئة (خاصة في فئات التخلف العقلي البسيطة).

انتشار الإعاقة العقلية

ما من شك وليس على مستوى التخلف العقلي فقط بل فيما يتعلق بالعديد من الظواهر الطبيعية والنفسية والاجتماعية، ليس سهلاً ان نحدد على وجه اليقين نسبة انتشار أي ظاهرة في المجتمع. لان ما يلاحظ من نسب الانتشار التي تذكرها الأبحاث والدراسات المسحية، أو ما تقدمه المؤسسات الطبية والاجتماعية والنفسية، هو فقط حول الأشخاص الذين يراجعون تلك المؤسسات. لكن بالجانب الآخر توجد أعداد أخرى كثيرة خارج دائرة التسجيل. وفيما يتعلق بمدى نسبة انتشار التخلف العقلي نلاحظ ان الكثير من تلك الحالات لا تظهر إلا بعد ان يقطع الطفل المرحلة التي لا يلاحظ فيها الأداء العقلي ولا تقاس درجته، ويصل الى المرحلة التي يبدأ بها سلوكه يثير الانتباه، ويدلل على نقص مستواه وبخاصة في المرحلة التعليمية التي تعطي أهمية كبيرة للأداء العقلي. ولكن من الملاحظ ان نسبة المتخلفين عقلياً تزداد سنة بعد أخرى، وقد يكون سبب هذه الزيادة تقدم وسائل القياس، وزيادة الاهتمام بالمعرفة وزيادة ثقافة الآباء والأمهات. من جانب آخر قد تكون الزيادة حقيقية لأن الحضارة تحرك معها الكثير من العوامل التي تثقل كاهل الآباء والأمهات فتدفعهم الى سلوك سيءكالإدمان على الكحول والمخدرات بأنواعها المختلفة وبالتالي تنعكس سلبا على حياة الأجنة والرضع انعكاساً سيئاً، ربما يؤثر على نموهم العقلي فضلاً عما تحمله البيئة في ماءها وهواءها الكم الهائل من الملوثات الكيميائية والتي يمكن ان نستشف

تأثيرها الهائل في الأعداد الكبيرة من الولادة المشوهة وخاصة في الأطفال الذين يعانون من القصور في نمو الدماغ الذي يقود الى التخلف العقلي.

إذا ما سيذكر هنا من نسب عن انتشار لظاهرة التخلف العقلي هي فقط ما مسجل في المؤسسات الطبية والمؤسسات التربوية. إذ تشير معظم الإحصائيات ان نسبة انتشار الإعاقة العقلية في أي مجتمع تبلغ في المتوسط (2 – 3 ٪) (Holmos 2000 & CDONNA,2000 ,Daily, Ardinger). وبينت وزارة التربية الأمريكية ان ما نسبته (1,21٪) من السكان الذين تتراوح أعمارهم من (6 – 17) عاماً اعتبروا معاقين عقلياً.

وفي دراسة أجراها باحثون على كل الولادات في ولاية كاليفورنيا بين سنوات(1987 – 1994) لأكثر من(4,5) مليون ولادة وجدوا ان ما نسبته (3,6) طفلاً لكل (3000) ولادة شخصوا على انهم معاقين عقلياً (Croen, Grether & Selvin 2001). وتشير بعض التقديرات ان طفلاً واحداً من كل عشرة أطفال هم من المعاقين عقلياً ويحتاجون إلى التعليم الخاص (Nichcy,2001).

تصنيف الإعاقة العقلية

ان أول تصنيف معروف للإعاقة العقلية يعود الى عام (1910) حيث وضعت الجمعية الأمريكية للنقص العقلي American Association on Mental Deficiency تصنيفاً للإعاقة العقلية يتضمن ثلاث مستويات من النقص العقلي هي:

المعتوه **Idiot**: وهو الفرد الذي يساوي ذكاءه ذكاء طفل عادي عمرهُ سنتان. ويقل ذكاءه عن(25) درجة.

الأبله **Imbecile**: وهو الفرد الذي يساوي ذكاءه ذكاء طفل عادي عمره (2 – 7) سنوات ومعدل ذكاءه (25 – 50) درجة.

البليد **Moron**: وهو الفرد الذي يساوي ذكاءه ذكاء طفل عادي عمره (7 – 12) سنوات ويكون معدل ذكاءه (50 – 70) درجة (البطاينة وآخرون، 2007، ص126)، (عكاشة ، 1983، ص 392 – 393) .

وفي الوقت الحاضر يوجد تصنيف آخر للتخلف العقلي او الإعاقة العقلية يعتمد هذا التصنيف نسبة الذكاء بصفتها معيارا في تقسيم فئات التخلف العقلي. وهو على النحو الآتي:

الحد الفاصل بين السواء والإعاقة العقلية Borderline Mental Retardation ويتراوح ذكاء هذه الفئة مابين (70 – 79). وتمثل هذه الفئة المرحلة الهامشية التي تفصل ذكاء العادين عن المعاقين عقلياً. ويعاني الأفراد ضمن هذه الفئة من بطء في التعلم. وهم قد يكونوا قادرين على ان يعملوا كل الأشياء التي يعملها أقرانهم، لكنهم بحاجة فقط للمساعدة أكثر بعض الشيء. وهم عادة يخفقون في إكمال الدراسة في الصفوف الثانوية. وهؤلاء الأفراد يعدون من الناحية القانونية غير معاقين عقلياً (Scott,2001; Monson ,2004).

الإعاقة العقلية البسيطة Mild Retardation

يتراوح ذكاء هذه الفئة ما بين(70 – 55) ويتميز الفرد ضمن هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية، وبقدرته على التعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي، ومستوى متوسط من المهارات المهنية، وأكثرهم يلتحقون أو يحتاجون لمدارس خاصة، ومعظم الذين يصنفون قانونياً على انهم معاقون عقلياً ينضوون تحت هذه الفئة، حيث يشكلون ما نسبته (80٪) من المعاقين عقلياً. ويتميزون بنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والكلامية (Monson,2004;American psychiatric Association,1994). ان سلوك الأفراد في هذه الفئة يتفاوت وفقا لاتجاه معامل ذكاء الفرد نحو النهاية الأعلى (69) او النهاية الأدنى (55) من التصنيف. فالشخص المصنف ذكاءه عند مستوى (69) يمكن ان يعمل في وظائف عديدة، ويمكن ان يتزوج ويمكن ان يكون عائلة.

وهـم يقتربـون مـن الطبيعيين لدرجـة انـه لا يـتم اكتشـاف هـذه الفئـة مـن التخلفين عقليا إلا في سن المدرسة الابتدائية عندما يحتاجون الى رعاية في سنواتها الدراسية الأولى. ثـم يتعثـرون ويفشـلون في سنواتها الدراسـية الأخـيرة (أي الرابـع والخـامس والسـادس الابتدائي)، وعنـدما يكبرون فأنهم قد يعتمدون علـى أنفسـهم اقتصـادياً مـن خـلال عمـل لا يتطلـب مهـارة فنيـة عاليـة. ولكـنهم يحتـاجون الى المسـاندة والتوجيه عنـدما يتعرضـون لصـعوبة مـا تـواجههم في حيـاتهم. امـا الأفـراد في النهايـة الدنيا للمدى (55) فان مثل هـؤلاء الأفـراد لـديهم مشـاكل بـالتفكير المجـرد وحـل المشـكلات.

الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate Mental Retardation

يـتراوح ذكـاء هـذه الفئـة مـا بـين (55 – 40) ويتميـز أفـراد هـذه الفئـة بخصائص جسمية وحركيـة قريبـة مـن مظـاهر النمـو العـادي، ولكـن يعـانون مـن مشكلات في المشي والوقوف، وتبلغ نسبة هـذه الفئـة حـوالي (10 ٪) مـن المعـاقين عقليـاً. وتعلمهـم للمهـارات الاجتماعيـة والحركيـة والكلاميـة يكـون ضـعيفاً قبـل سن المدرسـة الابتدائيـة، ولكـن بالتـدريب والإشـراف تتحسـن هـذه المهـارات بعـض الشـيء خاصـة كلمـا تقـدم العمـر، وهـم لا يسـتطيعون تجـاوز الصـف الثـاني مـن المرحلة الابتدائية، حتى مع وجود الإشـراف والرعايـة ويمكـن تـدريبهم علـى بعـض المهارات المهنية غير المعقدة. وعنـدما يكـبرون يمكـنهم القيـام بعمـل لا يحتـاج الى مهارة في ظروف محدده، وذلك تحت إشراف وتوجيه ومساندة من الآخرين.

الإعاقة العقلية الشديدة Severe Mental Retardation

يبلغ ذكاء هذه الفئة (25 – 40)، وتصـل نسـبة هـذا النـوع حـوالي (7٪) مـن المعـاقين عقليـاً. ويتميـزون بضـعف نمـوهم الحركـي والكلامي، حيـث تتـأخر قدرتهم على الكلام الى سـن المدرسـة الابتدائيـة. ولا يصـلحون لـدخولهم المدرسـة، حيث يمكنهم القيام ببعض مهام العمل البسيطة جداً وتحت الملاحظة المستمرة.

وهم يحتاجون الى إشراف دائم. وأشارت الدراسات ان حوالي (75٪) منهم يعاني من مرض رئيسي او عيب طبيعي.

الإعاقة العقلية الشديدة جداً (العته) Pro Found Mental Retardation

وهم اضعف البشر ذكاءا على الإطلاق. واقل المتخلفين عقلياً من حيث الذكاء، فمعدل ذكائهم يقل عن (25) ولحسن الحظ فانهم يمثلون اقل النسب انتشاراً بين المتخلفين عقلياً وهي (1 ٪). وهم مصابون بالإعاقة العقلية التامة في الطفولة والمراهقة. وعدم نمو أي من المهارات الحركية والكلامية أو الاجتماعية، فضلاً عن عدم قدرتهم على التحكم في المخارج (التبول أو التبرز). وقد يستطيعون تعلم بعض المهارات في مرحلة البلوغ، ونظراً لإعاقتهم التامة فان أفراد هذه الفئة تحتاج الى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة.

أسباب الإعاقة العقلية

ان ما يثير الدهشة والاستغراب انه بالرغم من كل التطور الحالي في مجال الطب والأبحاث العلمية في جميع الأصعدة النفسية والاجتماعية والبيئية، إلا انالأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت موضوع التخلف العقلي تشير الى ان معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروف حتى الآن. إذ تشير الى اكتشاف(25٪)فقط من أسباب الإعاقة العقلية، وان ما نسبته (75٪) من هذه الأسباب غير معروف حتى الآن. وقد بينت دراسة كرون جريثر وسليفان Grether & Selvin,2001ان ما نسبته (66٪) من حالات الإعاقة العقلية التي درسوها كان سببها مجهولاً. ولهذا السبب يوجد أكثر من طريقة لتقسيم أسباب الإعاقة العقلية تختلف في تقسيمها باختلاف المنظور الذي ينظر من خلاله الى موضوع الإعاقة العقلية،ومنها الأسباب الوراثية، والأسباب البيئية. وتقسيم الأسباب وفق عدد المراحل النمائية للفرد مثل: أسباب مرحلة ما قبل الولادة، ومنها العوامل الوراثية والبيئية، وأسباب أثناء عملية الولادة، وأسباب مرحلة ما بعد الولادة، مثل

الأسباب المتعلقة بسوء التغذية، والحوادث، والصدمات، والأمراض التي يصاب بها الفرد خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة والالتهابات الفيروسية، وتناول العقاقير والأدوية بدون استشارة طبية.

عوامل ما قبل الولادة Prenatal Causes

تشكل عوامل ما قبل الولادة حوالي(75٪) من أسباب الإعاقة العقلية، وقد وجد العلماء ان يوجد أكثر من(500) مرض وراثي لهُ علاقة مباشرة باضطرابات الإعاقة العقلية، وسبب هذه العوامل هو شذوذ في الجينات التي تورث الصفات من الآباء الى الأبناء. والجينات هي وحدات كيميائية وجدت في كل خلية مهمتها انها تحمل الخصائص الجسمية والتي تنقلها بدورها من الآباء الى الأبناء.

وقد تمكن العلماء بعد اكتشاف الحمضين النوويين RNA,DNA الى معرفة كيفية تأثير الجينات على سلوك الطفل او البالغ. فقد أشار ميكليرن Mclearn ان الجينات تؤثر على البروتينات الأساسية لوظائف أنظمة الجسم، والتي تحدد السلوك لذلك فانه من الممكن ان تؤثر الجينات على أنظمة الجسم ووظائفها مثل الجهاز العصبي، وجهاز الإحساس، والعضلات وغيرها من أنظمة الجسم (Meredith,1991 & Bradley). وفي الحقيقة فلا يوجد جين او بروتين معين يجبر الشخص على القيام بأنماط محددة من السلوك مثل ان يشرب كأسا من الخمر مثلاً، إلا ان بعض الناس تكون لديهم حساسية جينية للايثانول (الكحول) قد تزيد من رغبتهم للإدمان على الكحول إذا بالغوا في الشرب. والعلاقة بين الجينات والسلوك معقدة والتأثيرات البيئية تكون دائماً عاملاً مهماً (Kirk,et.al.1997) وكذلك أشار بولمين وميكليرن (Mc & Plomin Clearn,1993) ان المشاكل الجينية شائعة بين أكثر من نصف الناس، إلا ان هذه الحالات لا تكون واضحة، لان معظم هذه المشاكل الجينية تؤدي الى الإجهاض المبكر ضمن كل(200) جنين متخلف جينياً يعيش واحد منهم حتى الولادة، ولكن كثير من هؤلاء يموتون مباشرةً بعد الولادةوقد حدد العلماء

حوالي (100) اختلال جيني لكن معظم هذه الاختلالات عادة ما تكون نادرة. والاختلالات الأكثر شيوعاً هي: متلازمة داون (فينلكيتون يوريا)، ومتلازمة الكروموسوم (X).

شذوذ الكروموسومات اللاجنسية Autosmal abnormalities

أشارت الدراسات المهتمة بخصائص الكروموسومات والتي يقسمها العلماء الى نوعين من الكروموسومات، وهي: الكروموسومات الجنسية والتي تكون مسئولة عن تحديد نوع الجنس (ذكرا او أنثى) وهي زوجان من الكروموسومات. والنوع الثاني هي الكروموسومات اللاجنسية وعددها (44) زوجاً تكون مسئولة عن نقل الخصائص اللاجنسية من الآباء الى الأبناء مثل: الطول لون العيون لون الشعر لون البشرة شكل الأنف ... الخ. وركز الباحثين المهتمين بالتخلف العقلي دراستهم على خصائص الكروموسومات اللاجنسية وأسفرت دراستهم عن اكتشاف (550) اضطرابا من أصل حوالي (5000) اضطراباً في الكروموسومات لها علاقة بالإصابة بالإعاقة العقلية (Stevenson , 2000). ومن أمثلة ذلك مرض المنغولية او متلازمة داون Down Syndrome وتسمى أيضا بـ (كروموسوم 21) نظراً لان الخلل يحدث في الكروموسوم (21). وتعد هذه المتلازمة من أكثر الاضطرابات الجينية شيوعاً. حيث يصاب به حاله واحدة او حالتين لكل (1000) حالة ولادة، وهي من أوائل الأمراض التي فسرت على أساس الاختلالات الجنسية (Farber 1959)، بينما مصادر أخرى تقول ان هذه المتلازمة تنتشر بنسبة (1:700) ولادة. وتتميز بوجود صبغات شاذة زائدة في الكروموسوم(21) في خلايا الجسم وبذلك تزيد عدد الصبغات الى (47) كرموسوما بدلاً من (46) كروموسوما في الخلية الواحدة، أي يظهر الكروموسوم (21) ثلاثياً بدلاً من ان يكون زوجياً. وهذا الكروموسوم الزائد يحدث تغيراً بنائيا في وظائف الجسم والمخ الطبيعية. مما يسبب ذلك تخلف عقليبسيط او متوسط، فضلاً عن ظهور مشاكل في السمع والهيكل العظمي والقلب.

ويتصف المصابون بمتلازمة دوان بخصائص جسمية مميزة واضحة، حيث يوجد أكثر من (50) علامة لمتلازم داون، لكن من النادر تواجدها في شخص واحد. ومن أكثر هذه الأعراض شيوعاً هي: الوجه المسطح، والرأس صغير، والرقبة قصيرة، والقدم عريضة مع قصر الأصابع وتباعد الأصابع الكبيرة عن الأصابع الأخرى، وحجم الأنف يكون صغير، والعيون ضيقة، مع ميل زاوية العين ناحية جانبي الجبهة مع تغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل، مما يشابه هؤلاء المرضى بالجنس المنغولي ومن هنا اشتقه الاسم. وحجم الأذنين كبير، وبروز اللسان خارج الفم، ويكون تجويف الفم صغيراً. واضطرابات في شكل الأسنان والأرجل، وتكون اليد عريضة وقصيرة مع وجود خط للتجاعيد واحداً في الكف في يد واحدة او في كلا اليدين، وضعف العضلات فضلاً عن مرونتها ومرونة المفاصل والقدرة على تحريكها في أي اتجاه. وكذلك يوجد شق كبير في أسفل القدم بين الإصبع الكبير وباقي الأصابع، وجحوظ البطن (بروزها) وتشوهات قلبية وراثية.

والمصاب بمتلازمة داون يكون حجم جسمه اصغر من حجم اقرأنه غير المصابين، كما ان نموه الجسمي والعضلي أبطأ على الرغم من ان الشكل الجسمي أهم ما يميز هؤلاء المصابين. وهؤلاء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض بسبب انخفاض مقاومة الجهاز المناعي للإصابة بالعدوى، وأكثرها الإصابة باضطرابات الجهاز التنفسي واضطرابات في الرؤية مثل الحول وطول النظر او قصره. والصمم باختلاف درجاته، وتوجد حالة تسمى(Instability Atlantoxial) يحدث فيها التواء لأول فقرتين في الرقبة مما يجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة عند المشاركة في الأنشطة التي تتطلب إطالة الرقبة. وعادةً ما يميلون للمرح والموسيقي.

كذلك فهم معرضون للإصابة بأمراض القلب أكثر من غيرهم، ومرض اللوكيميا (سرطان الدم) وهذا ما يزيد نسبة الوفيات بينهم. وقد يعانون من

الأمراض النفسية، و كذلك فهم عرضة للإصابة بمرض الزهايمر والجنون في سن متأخرة((Epstein,1988. اما قدراتهم العقلية فهي مشابه للقدرات العقلية للمصابين بمرض الزهايمر، وتكون لديهم نفس الأعراض السلوكية لهم (Allore et.al.,1988;patteron,1987) .

وتوجد علاقة بين الإصابة بمتلازم دوان (المنغولية) وعمر الأم. فقد أشارت العديد من الملاحظات الطبية زيادة فرصة الإصابة بهذه المتلازمة لدى الأطفال الذين يكون عمر أمهاتهم (35) سنة فأكثر. بينما أشارت أدبيات أخرى ان هذه المتلازمة تكثر لدى الأطفال الذين تنجبهم أمهاتهم وهن في عمر الأربعين.

بينما أشارت الإحصاءات الحديثة إلى ان هذه المتلازمة يمكن ان تظهر في أعمار اقل من الأربعين، فقد وجدت ان أكثر من (50 ٪) من الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يولدن لأمهات تكون أعمارهن أكثر من (30 عاماً). وتشير النسب الى احتمالية ان تلد الأم طفلاً مصاباً بهذه المتلازمة حوالي (1:1300) إذا كان عمر إلام بين (20 – 30) عاماً، و (1:600) حاله إذا كان عمر الأم بين (35 – 39) عاماً، و(1:300)إذا كان عمر الأم بين (40 – 44) عاماً.

هل يمكن الكشف المبكر عن متلازمة داون قبل الولادة؟

كشفت التحاليل الطبية المختبرية التي تجري للحوامل من كبار السن انه لا يعرف لحد الآن سبب ارتباط عمر للام بهذا الاضطراب، وان الأم ليست المصدر الوحيد لهذه الكروموسوم الزائد، بل ان الأب هو المسئول عن الكروموسوم الزائد في حوالي(20 – 25 ٪) من الحالات. علماً ان عمر الأب لا يبدو مهماً لإحداث هذه الإصابة كما هو الحال بالنسبة لعمر الأم. ويمكن ان يفسر ذلك ان الأم عند الإخصاب عادة ما تكون لديها بيضة واحدة والأب في لحظة الإخصاب يقذف عدة ملايين من الحيوانات المثوية، ولو وفرضنا ان قسم من هذه الحيوانات المنسوبة تعاني من خلل أو اضطرابفي نموهاالتكويني نستطيع ان نضمن ان هذه الحيوانات المنوية المصابة سوف لن تصل الى البيضة وتخصبها،

لان الذي يصل هو الأقوى والأكثر قدره على اختراق جدار البيضة، إذا أصبح واضحاً ان الذي تمكن من الوصول الى جدار البيضة واختراقها كان الأقوى أي الأصلح، والقوي والأصلح مؤكد هو السليم البنية المكتمل النمو، وان حدثت حالة عكس هذه فهي في حالات نادرة، وكذلك أيضا يلاحظ بشكل عام ارتباط عمر الأم المتأخر عند الإخصاب والإصابة بمتلازمة داون.

وقد كان سابقاً تشخيص متلازمة داون غير ممكنا إلا بعد الولادة. إلا انه في الوقت الحاضر، يمكن اخذ عينه من السائل الخطي - (وهو السائل الذي يحيط بالجنين في الرحم) - من الأم الحامل، هو الذي جعل التشخيص المبكر ممكناً، كما ان فحص خلايا الأب والأم قد يكشف عن احتمالية إصابة الجنين بمتلازمة داون. وفي عام (2003) أشارت دراسة (وينر) المنشورة في مجلة نيوانجلندا الطبية New England Journal of Medicine الى وجود مجموعة من فحوص الدم والأشعة فوق السمعية يمكن ان تكتشف عن الأجنة المصابة بمرض المنغولية في الثلث الأول من الحمل. فقد شملت الدراسة أكثر من (8000) امرأة، وقد كان التشخيص صحيحاً بنسبة (85 ٪) من الحالات التي شخصت. وبعد تشخيص الحالة لابد من التعامل معها بشكل فوري وسريع.

لكن بعد الولادة يصعب علاج متلازمة داون،وان أكثر طرائق العلاج فاعلية بعد ذلك هو تشجيع الطفل على إدراجه في برنامج للتطوير وتنمية قدراته العقلية والاجتماعية بمساعدة أفراد العائلة لهُ (عكاشة ، 1964 ، ص396 – 398 ؛ البطاينة وآخرون ، 2007 ، ص130 – 133). أي ان علاجه تأهيلي لغرض مساعدته على التكيف للعيش بسلام في البيئة التي يولد فيها.

متلازمة تيرنر Turner Syndrome

وهي عبارة عن مرض ناتج عن فقدان كروموسوم اكس (X) بشكل كامل أو جزئي، ففي عام(1938) لاحظ (د. تيرنر) ان مجموعة من الفتيات لديهن أشباه متقاربة فالإضافة الى إنهن قصيرات في القامة، كان لهن جلد زائد على

جانبي الرقبة، والصفات الجنسية الأنثوية غير مكتملة. وهي متلازمة ليست نادرة، فتولد طفله مصابه بمتلازمة تيرنر لكل (3000) ولادة لأنثى حية. علماً ان الدراسات السابقة أشارت الى ان معظم الأجنة المصابة بمتلازمة تيرنر تنتهي بالإجهاض التلقائي دون أي تدخل طبي، ولا يولد إلا اقل من(2٪) من هذه الأجنة. والأجنة التي تبقى حيه إلى ان تولد تكون مصابه بالتخلف العقلي.

متلازمة ادورد Edward Syndrome

هي إحدى الأمراض التي تصيب الكروموسومات (الصبغات الوراثية)، وهي ناتجة عن زيادة في العدد الإجمالي للكروموسومات. فالطفل المصاب بهذه المتلازم لديه (47) كروموسوما بدلاً من (46) كروموسوم. وهذا الكروموسوم الزائد هو عبارة عن نسخة إضافية من كروموسوم (18)، لذلك فهذا الطفل لديه ثلاث نسخ من كروموسوم (18) بدلاً من نسختين. والأطفال المصابين بين بهذه المتلازمة يعانون من التخلف العقلي.

متلازمة كوفين – لوري Coffin – Lowry Syndrome

وهي اضطراب وراثي نادر الحدوث، اكتشفت عام (1969). ان هذا الاضطراب مرتبط بالكروموسوم (X) وتحديداً بالجين الذي يقع على الذراع القصير للكروموسوم (X).أول من وصف هذه المتلازمة هو (د. كوفين Coffinوزملائه سنة 1966)، ووصفت أيضا من قبل (د. لوري Lowry وزملائه سنة 1971) دون ان يعلم احد عن الآخر. ويمتاز المصابون بهذه المتلازمة بالتأخر العقلي، والتطوري، وتأخر في نمو المهارات الحركية. وحالات شذوذ في شكل الرأس ومنطقة الوجه. وكذلك الأيدي الناعمة الكبيرة المنتفخة، والأظافر المقوسة القصيرة، والأصابع القصيرة، والقوام والحاجب البارز بشكل غير عادي، والجبهة البارزة، والجلد المطاطي. ومؤخرة الجمجمة تكون مستوية والعيون متباعدة جداً Hypertelorism ومائلة للأسفل، والإذنين كبيرة،

والحواجب سميكة جداً، والأنف واسع مع ثخن في المنطقة بين الخياشيم، والفم الكبير بالشفاه الظاهرة. ويؤثر هذا الاضطراب على الذكور والإناث. إلا ان أعراضه تكون أكثر حدة في الذكور. والمصابين بهذا الاضطراب يكونون سليمين من الناحية العاطفية والاجتماعية فهم قادرون على الحب والغضب والغيرة والحزن، وحنونين مؤدبين.

متلازمة كروموسوم (21) اكس المكسور Fragile X Syndrome

اكتشف هذا المرض عام(1969). وبالرغم من اكتشافه المبكر إلا انه يعد احد الأسباب الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية. ويوجد الموروث المسبب لمتلازمة كروموسوم (اكس X) المكسور على الذراع الطويلة للكروموسوم X. وأيدت العديد من الأبحاث العلمية فيما بعد ان هذه المتلازمة هي السبب الأول للتخلف العقلي، علماً انها تحدث بسبب وراثي. وعادة ما يصاب طفل واحد لكل (2000) طفل ذكر وطفله واحدة لكل (4000) طفله في معظم المجتمعات والشعوب. وسمي هذا المرض باسم كروموسوم (اكس X) المكسور نظراً لوجود قابلية لكروموسوم (اكس X) للانكسار عند القيام بتحليل الدم المجهر وذلك بعد زراعته تحت ظروف معينة. ومع تقدم الطب اكتشف الأطباء ان الموروث (الجين) المسبب للمرض موجود في نفس المنطقة التي ينكسر منها الكروموسوم، وهو في طرف الذراع الطويل لكروموسوم (اكس X). وتأثير هذا الاضطراب يكون أكثر شدة لدى الذكور مقارنة بالإناث، فمعظم الذكور يصابون بالتأخر العقلي بسبب هذا الكروموسوم، بينما ثلث إلى نصف عدد الإناث يصبن بإعاقة عقلية ملحوظة، والباقي من الإناث يكن طبيعيات من الناحية العقلية أو يكون لديهن فقط صعوبات في التعلم.

الأعراض التي تظهر على المصاب بهذا المرض: منها كبر حجم الرأس، والوجه يكون رفيعاً وطويلاً، وارتخاء الأنسجة، وعلو سقف الحلق، لكن هذه الأعراض لا تظهر عادة إلا بعد سنتين أو أكثر من الولادة. ومن المشاكل التي

يعاني منها المصابون بهذه المتلازمة وجود تغير ملحوظ في أنماط السلوك لكن لا توجد مشاكل اجتماعية تتعلق بالجوانب الاجتماعية أو تأخر تطور مهارات التواصل، أو الاتجاه نحو إعادة الكلمات والجمل.

الإعاقة العقلية الناتجة عن خلل في نظام الكروموسومات وهي على عدة أنواع منها:

التبادل الكروموسومي: Translocation

وهو نقل جزء من الكروموسوم إلى موقع على كروموسوم آخر، ويكون ذلك أكثر خطورة إذا تبين وجود كروموسومات غير متشابهة.

الكروموسوم معكوس الـ DNA Inversions : DNA

هذا النوع من الاضطراب يكون فيه ترتيب الـ DNA معكوسا مما يسبب خللاً في نقل الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء. فكما هو معروف ان الـ DNA مهمته هو نقل الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء وأي خلل يحدث في ترتيب الـ DNA يؤدي إلى خلل نمو الدماغ مما يسبب تخلف عقلي.

التضاعف أو النسخ Duplication

وهو اضطراب كروموسومي سببه ان جزء من الكروموسوم تتضاعف أو تتكرر فيه نفس المادة الوراثية، مما يسبب خللا وراثياً قد يؤدي إلى الإصابة العقلية.

الطفرة الوراثية أو الحذف Deletions

وهو اضطراب سببه غياب قسم من المادة الوراثية في الكروموسوم.

اضطرابات التمثيل الغذائي (فينل كيتون يوريا] PKU [Phenylketonuria

ان اكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي بصفته سبب في الإعاقة العقلية تعود إلى الطبيب النرويجي(فولنج)، ومن أسباب اضطراب التمثيل الغذائي هي عجز الكبد عن إفراز الأنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي الحامض الفيلين وسوء هضمه بالطريقة المناسبة فيظهر في الدم بمستويات عاليه كماده سامه لخلايا الدماغ والتي تحد من تمثيل البروتينات من قبل الدماغ وبالتالي إحداث النقص العقلي.

وأحد هذه الإضرابات هو اضطرابات التمثيل الغذائي (فينل كيتون يوريا [PKU] Phenylketonuria والذي هو اضطراب ايضي موروث سببه نقص الأنزيم الذي يؤدي إلى تراكم الفينيل أنين(Phenylalanine) وبعض أحماض الأيض في الدم. وهذا الاضطراب يسبب في كثير من الأحيان الإعاقة العقلية الحادة، والصرع. والاكزيما Eczema ما لم يتم تقييد تراكم الفينيل أنين منذ الولادة، وذلك من خلال تقليل كمية السكر المعطاة للطفل (Piecuch et.al.1997).

وينشأ المرض عن الخطأ في تمثيل وتحويل الاميني الأساسي (فينل الأنين) Phenyalanine إلى مادة (التايروسين) Tyrosine وعندئذ يتجمع ويتكاثر حامض الفينل الأنين ويتحول إلى مادة ضاره هي حامض (فينل بايروفيك) Phenylpyruvic. ويرجع الخطأ إلى فقدان أنزيم خاص يدخل في تلك العملية التمثيلية. والسبب هو جين وراثي مستتر، ويكون الطفل بادئ الأمر طبيعياً، لكنه وبتقدم الزمن تظهر عليه علامات المرض وهي الإعاقة العقلية، وابيضاض البشرة، واصفرار الشعر، وازرقاق العينين (الطفل الأشقر في العائلة السمراء) والصرع، والحركات اللاإرادية في الأطراف، والالتهابات الجلدية.

وتشخص هذه الحالة بواسطة فحص البول الذي يظهر تفاعلاً خاصاً مع محلول كلوريد الحديديك، وبفصل الدم عن كمية (الفنيل الأنين) بأجهزة الطيف الكيميائية وغيرها. ويمكن ان تعالج هذه الحالة ولكن بشكل مبكر

وذلك من خلال فحص كل وليد عن وجود المرض في الأسابيع الأولى وتحديداً الأسبوع الثالث بعد الولادة. ويعد الكشف عن هذا الحامض في بعض الدول المتحضرة أمراً روتينياً لكل الأطفال. ويعتمد العلاج بالدرجة الأولى على تزويد الرضيع بحليب خاص لا يحتوي على بروتينالفنيل الأنين وهو غذاء باهظ التكاليف ويستمر عدة سنوات.

ان أثار هذا المرض، واضطرابات أخرى مثل إفراط إفرازات الغدة الدرقية، قد يسيطر عليها من خلال تعديل تغذية الطفل، إلا ان هذه التعديلات يجب ان تكون مبكرة، ولحسن الحظ يمكن الكشف عن مثل هذه الأمراض عن طريق فحص دم المولود الجديد. ويمكن إجراء اختبار على الأطفال في الأيام الأولى من العمر للتأكد من حالتهم. فإذا لم يتم اعتماد نظام حمية غذائية محدودة للطفل من اجل التغلب على هذه المشاكل، فان الطفل من المحتمل ان يصاب بإعاقة عقلية شديدة واحتمالية انخفاض القدرات العقلية تكون عاليه عند إيقاف هذه الحمية الغذائية. ويوجد تأكيد كبير على ضرورة قيام الوالدين بالفحص قبل الإنجاب لمعرفة ان كان أي منهما يحمل جين (PKU). وعلى الرغم من قلة احتمالية ان يكون كلا الزوجين حاملين لهذه الجين قليلة (1:3600)، إلا ان الإرشاد الجيني (التوعية) في هذا المجال مهم جداً (Guthrie,1984).

ومن اضطرابات الايض الأخرى التي يمكن ان تكون سبباً في إصابة الطفل بالتخلف العقلي وهو في المرحلة الجنينية هي زيادة **الكلوكوز** في الدم **galactosaemia**، وكذلك نقص السكر الوراثي في الدم **Hypoglycemia** (البطاينة وآخرون، 2007 ،ص135 – 136) (عكاشة ،1984 ،ص401).

الأمراض التي تصيب الأم الحامل

يمكن ان تتعرض الأم للإصابة بالعديد من الأمراض أثناء فترة الحمل، ولكن بعض الأمراض التي تصاب بها تكون لها تأثيرات سلبية خطيرة، وهي حدوث تخلف عقلي للجنين، هذه الأمراض اغلبها أمراض معديه ومنها:

مرض الحصبة الألمانية German Measles (Rubella)

يمكن ان تصاب الأم أثناء فترة الحمل بفيروس الحصبة الألمانية. وتوجد علاقة بين الوقت الذي تصاب به الأم ونسبة الإصابة بالتخلف العقلي، فإذا أصيبت أثناء الشهر الأول من الحمل فانه يمكن ان تصل نسبة الإصابة بالتخلف العقلي إلى (50٪) من الأجنة، وإذا ما أصيبت أثناء الشهر الثالث من الحمل فانه يؤثر على (15٪) من الأجنة. ويؤثر فيروس الحصبة الألمانية إلى حدوث خلل في نمو الجهاز العصبي المركزي للجنين في مراحل نموه الأولى، وكذلك صغر حجم الدماغ والإصابة بالشلل الدماغي والبصري والسمعي لدى الجنين. وبعض الدول فيها قوانين تعطي الحق بالإجهاض في مثل هذه الحالات.

مرض الزهري Syphilis **(السفلس)**

تسبب إصابة الأم الحامل بهذا المرض إلى ولادة أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بإعاقة عقلية، أو مصابين بإعاقة سمعية وبصرية، أو اضطرابات جسمية أو تلف للجهاز العصبي المركزي. كذلك ظهور علامات مميزة في الوجه والأسنان والأنف.

فيروس نقص المناعة البشري Congenital Human Immunodeficiency Virus **(الايدز)**

وهو من الأمراض التي انتشرت في الآونة الأخيرة بشكل كبير، وقد وجد ان إصابة الأم الحامل بهذا الفيروس يزيد من احتمالية تعرض الجنين للعديد من المخاطر. ففي دراسة ألمانية على (41) طفلاً كانت أمهاتهم مصابات بالفيروس، أظهرت الدراسة انهم عانوا كثيراً من الأعراض العصبية في عمر (1 – 7) سنوات. وكذلك أشارت الأبحاث العلمية الأخرى ان هذا الفيروس يسبب تدهور عصبي تقدمي، وإعاقة عقلية. وتغييرات سلوكية (Sebastian 2002)، فضلاً عما يسببه فيروس الايدز من إصابات للجهاز العصبي للام الحامل فهو يؤثر على الجهاز

العصبي المركزي فتظهر أعراض الخرف المسترقي أو المتقدم، وقد يشكو بعض المصابين من التوهان و/أو القصور في الذاكرة (الصايغ ، 1988،ص169).

سوء التغذية Malnutrilim

ما من شك ان أهمية نوعية الطعام التي يتناولها الفرد لها اثر كبير جداً في قيامه بأداء الفرد لنشاطاته على أكمل وجه .ولكن نوعية الطعام بالنسبة للام الحامل مهمة جداً جداً لن ما تحتاجه الأم من كمية أو نوعية معينة من الطعام تختلف عما هو عليه في حالة الحمل، فالتغذية الجيدة عاملاً مهماً من عوامل نمو الجنين وسلامته الجسمية والعقلية. ولهذا السبب كان من الضروري ان يحتوي طعام الأم على المواد الغذائية الأساسية مثل البروتين والكاربوهيدرات والفيتامينات والمياه المعدنية اللازمة لنمو جسم الجنين بشكل عام ولخلايا الدماغ بشكل خاص، لذلك فالأم النحيفة جداً والتي تعاني من سوء التغذية فان من شان ذلك ان يؤثر بشكل سيء على الحالة الصحية العامة للطفل، ونموه الجسمي والعقلي، فهم قليلي الوزن مقارنة بأطفال الأمهات اللاتي يحصلن على غذاء كافي ومتكامل. ولهذا السبب نرى الأطفال الذين يولدون في عوائل غنية أفضل من الناحية الجسمية، على عكس أطفال العوائل الفقيرة. ومن هنا اهتمت الدول المتقدمة برعاية الأم الحامل من حيث الرعاية الصحية والغذائية، من اجل ولادة أطفال سليمين.

الأشعة السينية : X- Ray

يعد تعرض الأم لأشعة أكس (X) وخاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية. إذ تؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين بطريقة أو بأخرى. ولهذا السبب في الحالات الضرورية التي تكون فيها الأم بحاجة إلى كشف وفق ما يراه الطبيب المختص يجري حالياً استخدام أجهزة حديثة مثل جهاز الأمواج فوق الصوتية (السونار)

والذي يعطي للطبيب معلومات عن الجنين واضطرابات الحمل. فهذا الجهاز أكثر أمانا وسلامة من استخدام أشعة أكس (X).

العقاقير والأدوية : Chemicals

أشارت الدراسات المهتمة برعايةالأجنة إلى ضرورة الابتعاد عن تناول الأدوية قدر الإمكان أثناء فترة الحمل، لان الأدوية والعقاقير والمشروبات الكحولية تعد سبباً رئيسياً للإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة الجسدية أو الجسمية، وتتناسب الآثار السلبية تناسباً طردياً مع نوع العقاقير وجرعتها أو حجمها. ومن الأدوية التي تؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين هي: الأسبرين وبعض المضادات الحيوية والأنسولين، والهرمونات الجنسية. والأدوية الخاصة بمرض الملاريا. والحبوب المهدئه. إذ يكون تأثيرها واضحاً فيما تحدثه من تشوهات خلقية أو خلل في الجهاز العصبي المركزي.

الكحول والمخدرات

تعاطي الأم الحامل للكحول والمخدرات له تأثير سلبي في نمو الجنين وكذلك حالات صغر الدماغ. وقد يؤدي إدمان الأم الحامل على الكحول إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو الإجهاض إذ عند تعاطيه من قبل النساء الحوامل خاصة الهيروين والمورفين. يسب إصابة الطفل بالتخلف العقلي، لان المخدرات تثبط انقسام الحمضيين النوويينRNA & DNA وتثبط صناعة البروتين مما يؤدي إلى حدوث تشوه في الأجنة والى الإجهاض، أيضا تناول الأم (السكائر) أو تعرضها للغازات الضارة له نقص واضح في وزن الجنين.

تلوث الهواء والماء Air and Water Pollution

أيضا من العوامل الأخرى التي يمكن ان تؤثر على نمو الجنين وبالتالي احتمال إصابته بالتخلف العقلي، هي العوامل المتعلقة بتلوث الهواء والتي تؤثر سلباً

نحو الجهاز العصبي المركزي، إذ ان تعرض الأم لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي يزداد فيها نسب تلوث الهواء والمياه بالغازات والمواد العادمة ونتائج الغازات المنبعثة من المصانع وخاصة الغازات السامة منها تسبب خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إلى مشاكل قد تبدو على شكل تخلف عقلي أو اضطرابات بصرية أو قد تؤدي إلى الوفاة.

اختلاف العوامل الرايزيسي (RHFactor)

جاءت هذه التسمية نسبة إلى اسم نوع من القرود يسمى Rhesus Monkey Key الذي يحتوي دمه على مكون موجود في دم البشر بنسبة (86٪) منهم ووجوده يرمز له بالرمز (RH+) وان(14٪) من البشر لا يوجد هذا المكون في دمهم، وان عدم وجوده يرمز له بالرمز (Rh-) ويظهر التأثير السيئ لهذا العامل عندما يكون مختلف بين دم الأب والأم. فعند ظهوره بشكل موجب لدى الأب وبشكل سالب لدى الأم. وبسبب سيادة العامل الموجب، سيظهر العامل الرايزيسي لدى الجنين موجباً وبهذه الحالة سوف يختلف العامل الرايزيسي للام عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى طلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث يدمرها، مما يؤدي إلى حاله من تميع الدم وقد يصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم، وهذا الأمر يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية.

وفي الوقت الحاضر توصل الطب إلى طريقة لتفادي مشكلة اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين، وذلك بحقن الأم ابره بعد ولادة الطفل بـ (72) ساعة حيث يعمل محتوى الإبرة على إيقاف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم والتي كانت تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين.

متلازمة الكحول الجينية Alcohol Syndrome

يعرف الناس منذ قرون الآثار السلبية لشرب الكحول على الجنين، إذ أشارت الدراسات الحديثة إلى اكتشاف ما يدعى بالمتلازمة الكحولية الجنينية، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بهذا الأمر. واحد النتائج الخطيرة للمتلازمة الكحولية انها تؤثر وبشكل مباشر على تطور الدماغ، ويستمر هذا التأثير حتى بعد البلوغ، وأشارت أيضا الدراسات الحديثة إلى ان هذه المتلازمة تعد احد الأسباب الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية المتوسط أو الحادة (Ulrey & Hansen1992).

مرض السكر، وتسمم الدم، والعديد من الأمراض الأخرى التي تصيب الأم أثناء فترة الحمل قد يؤدي إلى ولادة طفل معاق عقلياً(Baroff & Olley,1999) .

المشاكل عند الولادة Problems A Birth

وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء الولادة، وتؤدي إلى الإعاقة العقلية وهي تشكل نسبة(10٪) من أسباب الإعاقة العقلية. فقد يصاب الطفل أثناء الولادة نتيجة إحدى أو بعض المشكلات التي يتعرض لها مثل: الولادة العسرة، والولادة الجافة، والاختناق حيث تنخفض كمية الأوكسجين عن الوصول إلى دم المولود لفترة قصيرة وتسمى هذه الحالة اسفكسيا الجنين Asphyxia، وفي مثل هذه الحالة فان انقطاع الأوكسجين وعدم وصوله إلى دماغ الوليد ولفترة قصيرة جداً يؤدي إلى تلف بعض خلايا الدماغ، ويسبب النقص العقلي أو بعض الاضطرابات الحركية. وكثيراً ما نلاحظ هذه الحالة تحدث على يد القابلة المأذونة، إذ في كثير من حالات الولادة وخاصة الولادة لأول مرة، تكون الولادة الأولى صعبة ويفضل ان تكون في المستشفى،فقد تلاحظ الطبيبة الاختصاصية ان الولادة بحاجة إلى عملية قيصرية، لكن نرى في المناطق الريفية بحكم بعدها عن مستشفى المدينة أو في المناطق الشعبية التي يلاحظوا بوجود حرج من ان الولادة يقوم بها طبيب " رجل ". ولهذه الأسباب نرى الارتفاع نسبة المصابين

بالتخلف العقلي في المناطق الريفية والنائية والشعبية فضلاً عن عوامل الحرمان الثقافي والفقر المادي.

كذلك الجروح في الدماغ التي يتعرض لها الوليد عن الولادة والصدمات الجسدية والوزن المنخفض أيضا من العوامل التي تسبب تخلفاً عقلياً.

أسباب ما بعد الولادة Problems After A birth

وهي مجموعة من العوامل التي يتعرض لها الوليد والتي يمكن ان تسبب تخلفاً عقلياً وتشكل ما نسبته (10٪)، من أسباب الإعاقة العقلية. ومن أهمها ما يلي:

أمراض الطفولة Childhood Disease

يمكن ان يصاب الطفل بعد ولادته بعدة أمراض قد تسبب بعضها كالأمراض الجرثومية والفيروسية إصابة الطفل بالتخلف العقلي. ومن أكثر تلك الأمراض هي:السعال الديكي، والتهاب السحايا، والتهاب الدماغ، والالتهابات العامة بالحمى العالية، وأيضا توجد عدة أسباب أخرى تسبب الإعاقة العقلية مثل: عدم تطابق فصيلة الدم للأب والام، ونقص نشاط الغدة الدرقية Hypothyroidism، والتعرض للصدمات Traumaمثل: الحوادث والاعتداء الجسدي والضربة على الرأس، والغرق الذي يسبب انقطاع الأوكسجين لفترة من الزمن مما يؤثر سلبا على خلايا الدماغ. وبالتالي يمكن ان يسبب التخلف العقلي.

الفقر والحرمان الثقافي: Poverty And Cultural Deprivation

ان ما لم يعد يختلف عليه اثنان، وهو من البديهيات ان للحرمان الثقافي والفقر اثر كبير جداً على جوانب النمو المختلفة للطفل، وبشكل خاص النمو العقلي فقد أشارت دراسة سبيتيز(1971) وذلك من خلال ملاحظة مجموعات من الأطفال الذين أودعوا بمؤسسات رعاية الطفولة، خلال السنة الأولى من الحياة،

وكذلك بعد فترة سنتين، فقد ظهر ان الأطفال الذين أودعوا بمؤسسات رعاية الطفولة خلال السنة الأولى من الحياة وكذلك بعد فترة سنتين ظهر ان الأطفال الذين قضوا العام الأول في المؤسسات لم يلقوا الرعاية الجيدة والعطف، ظهرت عليهم علامات التأخر الواضح في نموهم العقلي خلال الأربعة أشهر الأخيرة من السنة الأولى. مقارنة بالأطفال الذين ترعاهم أمهم، فلم يظهر عليهم علامات التأخر العقلي (الالوسي وخان، 1983 ،ص89). وأيدت دراسات أخرى ذلك، فقد أشارت الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين يعيشون في المؤسسات (مؤسسات رعاية الطفولة) بان تطور الطفل تأثر بشدة بالحرمان البيئي، مثل سوء التغذية وسوء المعاملة Abuseوالعناية الطبية السيئة والحرمان، هذا ما يعكس أهمية المتغيرات البيئية في تطوير قدرات الطفل في كافة مجالات النمو (Sebastion,2002).

الأطفال في العائلات الفقيرة قد يصابون بالإعاقة العقلية بسبب سوء التغذية والتعرض للظروف المسببة للأمراض والعناية الطبية غير الكافية، وخطر الصحة البيئية Environmental Health Risk، ويرافق النقص المقدم لهذه الخدمات كثرة الإنجاب لهذه العوائل الفقيرة مقارنة بالعوائل الغنية، وهذا يدل على ان الظروف الاقتصادية الشاقة التي تكتنف حياة الأسر الفقيرة لا تتيح لأطفالها تلقي قدراً ملائماً من التوعية التي قد تتوافر للآخرين في المجتمعات المتحضرة، وقد تكون محرومة من العديد من الخبرات الثقافية المشتركة والتجارب والخبرات من الأطفال الآخرين. ولهذا ترى الدراسات التي اهتمت بهذه الجوانب ان النقص فيها يمكن ان يؤدي إلى ضرر غير قابل للإصلاح، ويمكن ان يكون سبباً في الإصابة بالإعاقة العقلية، وفضلاً عن الحرمان الثقافي والفقر المادي فان العزلة الاجتماعية تؤدي تلف الحواس الخاصة مثل العمى، والصم، والبكم، مما يؤدي إلى انعزال الطفل، وعدم اكتسابه للمعرفة لعدم قدرته على التجاوب

الحسي مع الناس – لان الحواس هي قنوات تفاعل الفرد مع المحيط الخارجي – ومن ثم يصاب بالقصور العقلي الناتج عن العزلة الاجتماعية.

المواد السامة Substance

يمكن اعتبار هذه العوامل سبباً حديثاً للإعاقة العقلية، إذ في قديم الزمان لم تكن هذه المواد السامة ذات استعمال من قبل الإنسان. فهي نتاج حديث يستخدم في مكافحة القوارض والحشرات. لذا فهو يدخل ضمن المواد ذات التأثير السلبي على الفرد فهو يحدث التسمم الذي يعد احد الأسباب الرئيسية المهمة للإصابة بالإعاقة العقلية في العالم. ومن أهم مصادره مبيدات الحشرات. والوقود الذي يحتوي على مادة الرصاص، والفخاريات المزججة وأدخنة وبطاريات السيارات.

المعادن الثقيلة Heavy Metal

التطور الحديث في الوقت الحاضر في مجال التكنولوجيا زاد من استخدام الآلة في كل شيء، لكن ضريبة ذلك باهظة على صحة الإنسان. فقد ظهر ان المعادن الثقيلة مثل الرصاص والزئبق تسبب عواقب وخيمة بما فيها الإعاقة العقلية. لذا يجري حالياً التركيز على معدن الرصاص. حيث ان معظم الرصاص الذي يدخل الدماغ يأتي من الغلاف الجوي. ولهذا تحاول العديد من الدول في الوقت الحاضر استخدام وقود خالي من الرصاص للتخفيف من كميات هذا المعدن في الهواء الجوي. كون هذا الإجراء يساعد على تخفيض نسبة الرصاص في الدم بمقدار الثلث لدى الأفراد في الولايات المتحدة، فضلاً عن ذلك فقد حدث القوانين في بعض الدول من استخدام الرصاص في الدهان (الأصباغ).

وقد أشارت الدراسات إلى ان الأطفال الذين يولدون وفي دمهم مستويات عالية من الرصاص في دمهم. كان أدائهم على اختبار الذكاء اقل بمقدار(8٪)من الأطفال الذين تكون مستويات الرصاص في دمهم قليلة (Belinger,et.at.,1987).

وأشارت دراسة دافيس(1988) Davis، الى ان التغذية الجيدة قد تمنع الأثر السلبي للرصاص لانها تقلل من امتصاص الرصاص في الجسم، كذلك فان العلاج قد يخفف من مشكلة ارتفاع نسبة الرصاص في الدم في حال اكتشاف الحالة مبكراً (Pueschel et.al.1995).

إصابات الدماغ

تعد إصابة الدماغ من العوامل الخطيرة جداً من جهة ولان سبب الإعاقة العقلية جراء إصابات الدماغ يمكن ان تكون بسبب أي ظرف يضعف تطور الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو في سنوات الطفولة من جهة أخرى. وإصابات الدماغ يمكن ان تؤثر على الدماغ حتى في المرحلة الجنينية، لان الدماغ احد الأعضاء التي تتشكل في فترة مبكرة من الحمل، حيث يبدأ بالتكون في الأسبوع السادس أو السابع من الحمل، ويستمر بالتطور حتى بعد الولادة الى عمر عشر سنوات. وعندما يصاب الدماغ لسبب ما، فان من المهم ان نعرف أي جزء من الدماغ تأثر بذلك، فضلاً عن المرحلة التي يتعرض فيها للإصابة (الحمل، الولادة، بعد الولادة) فإذا حدثت الإصابة في المرحلة المبكرة لنمو الدماغ فان أثرها سيكون أكثر سلباً فيما لو حدثت في وقت متأخر. ومما يجب فهمة هو ان بعض الأحداث التطورية لنمو الدماغ تكون تحت سيطرة الجينات أثناء تطور الدماغ المبكر وبعد الولادة. والأحداث التطورية الأخرى تكون تحت السيطرة البيئية. وهذا ما أكده هتينلوكر Huttenlocher 1988. ان العوامل الجينية والبيئية لها دور كبير جداً في التطور العصبي والفكري للفرد (البطاينة وآخرون، 2007، ص141).

متى ينبغي ان نشتبه باحتمال وجود التأخر العقلي؟

ينبغي ان نشتبه باحتمال وجود تأخر عقلي عند الطفل او الطفلة في الحالات الاتي :-

اذا تأخر في القيام بالنشاطات الدالة على علامات التطور الاساسية (كما في الجدول ادناه).

علامات تطور الطفل الاساسية (مؤشرات النمو الطبيعية)

ثمة عدة علامات لتطور الطفل ونموه من الولادة الى سن البلوغ ومن المهم ان نتذكر بعض علامات تطور الطفل التي يمكن ان تستعملها للتأكد مما اذا كان الطفل يتطور أبطأ من المتوقع. ويمكنك اعتبار بعض علامات تطور الطفل الواردة ادناه نقاطاً اساسية نستطيع الاعتماد عليها لتقصي مشكلات التطور كالتأخر العقلي ومظاهر الاضطرابات النفسية(والجدول/6).

(جدول/6)

علامات التخلف العقلي لدى الطفل ومقارنتها لدى اقرانهم من الاسوياء

علامات تطور الطفل الاساسية	العمر الذي يتم فيه معظم الاطفال هذا النشاط	ينبغي ان نشبه بوجودتأخر عقلي اذا لم يتمكن الطفل ان اتمام النشاط بعد
يتجاوب عند سماع اسمه او عند سماع صوت	1-3 اشهر	الشهر الرابع
يبتسم للآخرين	1-4 اشهر	الشهر السادس
يُبقي رأسه ثابتاً	2-6 اشهر	الشهر السادس
يقعد من دون ان يتكئ	5-10 اشهر	الشهر الثاني عشر
يقف من دون ان يتكئ	9-14 شهراً	الشهر الثامن عشر
يمشي جيداً	10- 20 شهراً	الشهر العشرون
يركب جُملاً من (3) او (4) كلمات	16 – 30 شهراً	السنة الثالثة
يأكل ويشرب بمفرده	2- 3 سنوات	السنة الرابعة
يستطيع ان يقول اسمه	2-3 سنوات	السنة الرابعة
يتدرب على دخول الحمام لقضاء حاجاته الشخصية	3-4 سنوات	السنة الرابعة
يتجنب المخاطر البسيطة	3-4 سنوات	السنة الرابعة

اذا واجه صعوبات مدرسية وصعوبة في اللعب مع الاطفال الاخرين (ينبغي عدم التسرع في التشخيص فقد تكون الواجبات الموكلة الى الطفل اكبر من قدرته على فهمها او / و التعامل معها) .

اذا كان يعجز عن تنفيذ التعليمات التي تعطى له .

ينبغي ان نشتبه باحتمال وجود تأخر عقلي عند المراهق في الحالات الاتية :-

اذا واجه صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع المراهقين الاخرين .

اذا صدر عنه سلوك جنسي غير لائق .

اذا لم يكن قادراً على التعلم بالسرعة التي يتعلم بها الطلاب الاخرون في الصف نفسه.

ينبغي ان نشتبه باحتمال وجود تأخر عقلي عند الشخص البالغ في الحالات الاتية :-

اذا واجه صعوبات في اتمام النشاطات اليومية .

اذا واجه مشكلات في التكيف الاجتماعي (مثل اكتساب الاصدقاء)

غالباً ما تُكتشف الحالات المتوسطة والحادة من حالات التأخر العقلي قبل عمر السنتين . وعندما يُلاحظ التأخر العقلي للمرة الاولى عند شخص مراهق او بالغ يكون عادةً حالة بسيطة ولذلك لم يُكتشف في سن الطفولة ، ولم تظهر المشكلة الا عندما واجه الشخص مسؤوليات وضغوطات جديدة في الحياة (اذا وُجد ينبغي الحذر في تقييم الاعراض المذكورة اعلاه وعدم التسرع في التشخيص دون التعرف على كافة جوانب حياة وظروف الفرد(باتل، 2005، ص164,161).

الوقاية من الإعاقة العقلية :

طالما استمر البحث العلمي في مجال معرفة أسباب الإعاقة العقلية وبالقدر الذي يستطيع من خلال استحداث مختلف الطرائق العلمية الحديثة انطلاقاً من أهداف العلم الرئيسة(الفهم والتنبؤ والضبط). فمن خلال معرفة الأسباب يمكن

للبحث العلمي ان يضع عدداً من الضوابط التي يمكن ان تساعد على التحكم بتلك الأسباب والسيطرة عليها لغرض الحد من ولادة المتخلفين عقلياً.

وعلى الرغم من صعوبة تحقيق أهداف الوقاية والعلاج بمستويات عالية، فان الأمل الكبير جداً بان الاستمرار في البحث العلمي سيؤدي الى نتائج ناجحة جداً، وكلما عرفنا عن الإعاقة العقلية أكثر كنا في وضع أفضل في الوقاية منها. فقد أشارت دراسة سكوت وكارين (Carran ,1987 & Scott) الى وجود ثلاث مستويات من الوقاية يمكن اعتمادها في ذلك وهي:

الوقاية الأولية

تركز على تطور الجنين أي انها تهتم بالطفل وهو في المرحلة الجنينية.لاحظنا من خلال معرفة أسباب الإعاقة العقلية، ان الخلل الذي يصيب الجينات يعد من العوامل الرئيسية للإصابة بالتخلف العقلي (متلازمة داون، ادورد. الطفرة الوراثية والاستنساخ ... الخ) واختلاف العامل RH بين الأم والأب. لذا في هذا المستوى من الوقاية تجري رعاية ألام الحامل في مرحلة ما قبل الولادة، وتوعيتها بمخاطر تناول المخدرات والكحول والتدخين. ومخاطر الحمل بعد سن الأربعين، وضرورة إجراء الفحص الطبي للدم للزوج والزوجة قبل الزواج، وضرورة الابتعاد قدر الإمكان عن الزواج من داخل الأقارب.

حماية ضعيفات العقل اللاتي لا تستطيع إدراك نتائج عملهن ونشاطهن الجنسي وبالتالي فان أطفال هؤلاء ليس لديهن أي فرصة للنمو الصحي أو التكيف الصحيح لأن بيوتهن غير آمنة وليست ملائمة (عيسوي، 1984، ص34). فضلا عن ان هؤلاء الفتيات صيد سهل للمجرمين والمنحرفين إذ يسهل إغرائهن أو الاعتداء عليهن، وبالتالي ولادة أطفال متخلفين عقليا.

الوقاية الثانوية

تجري خلال الطفولة المبكرة (بعد الولادة) من خلال خضوع الأطفال لبرامج تعليمية قبل دخولهم المدرسة.

الوقاية من الدرجة الثالثة

تركز على تنظيم البيئة التعليمية والاجتماعية بحيث يجري استغلال طاقات الأطفال الذين يولدون وهم معاقون عقلياً إلى أقصى قدر ممكن (إجراءات تأهيلية).

مجموعة الإجراءات العامة التي تساعد في منع حدوث الإعاقة العقلية قدر الإمكان

وهي على النحو الآتي:

الرعاية المستمرة للام والجنين قبل وأثناء وبعد الولادة، بحيث تشمل الفحص الجسمي والتطوري المستمر، والتغذية الكافية Sufficient Feeding.

الراحة والغذاء للحامل The rest And diet for pregnant يجب على المرأة أثناء الحمل ان تحمي الجنين من خلال الحصول على الراحة باستمرار، والنوم الكافي، وتناول وجبات الطعام المتنوعة المغذية، وتفادي الكحول، والسجائر، والمخدرات، وتفادي المرضى المصابين بأمراض معدية، وعدم رفع الأجسام الثقيلة.

خدمات الدعم وهي توفير خدمات الدعم (الطبية النفسية الاجتماعية الأسرية) للأسرة بحيث تكون سهلة الوصول.

الإرشاد الوراثي من خلال تزويد الأسرة بخدمات الإرشاد الوراثي للأسرة حول الظروف الوراثية للمواليد الجدد التي قد تكون سبباً في حدوث الإعاقة العقلية مثل الخلل في الجينات أو الكروموسومات، واثر العمر، وصلة القربى بهذا الخلل الذي قد يسبب الإعاقة العقلية.

اختبارات قبل الولادة Prenatal Testing يمكن ان تزودنا بمعلومات بحيث تستطيع تحديد نوع الدعم والمساعدة الذي سوف يقدم للطفل بعد الولادة مباشرة وخاصة من الناحية الطبية. ومن هذه الاختبارات فحص مصل الدم الامومي The Maternal Serum الذي يستعمل لاكتشاف مدى شلل الحبل الشوكي Spinal Bifida ، وعديم الدماغ Anencephaly، ومرض المنغوليةDown Syndrome ، واختبارات الأشعة فوق السمعية التي تجري قبل الولادة لتحديد موقع الجنين ولقياس حجم وتركيب الجنين والمشيمة في الرحم.

فحص حامض الفوليك وعيوب الحبل الظهري. هذه العيوب يمكن ان تؤدي الى ولادة طفل ميت، أو يمكن ان يموت بعد الولادة مباشرة. ويمكن تخفيض خطر الإصابة به من خلال تناول الأم لفيتامين(" ب " B). وحامض الفوليك قبل الحمل وأثناء أول شهرين من الحمل.

الرعاية الصحية الخاصة: بعض النساء مصابات باضطرابات أو أمراض يمكن ان تؤثر على الجنين مثل الصرع، ومرض السكر، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم، وفقر الدم. مثل هؤلاء النساء بحاجة إلى رعاية خاصة واستشاره دائمة للطبيب أثناء وقبل الحمل، فضلا عن ان بعض هذه الأمراض يتناول المريض لعلاجها بعض الأدوية التي يكون لها تأثير سلبي على الأجنة خاصة أثناء الحمل أو أثناء مرحلة الرضاعة إذ ان الطفل في مرحلة الرضاعة يعتمد على أمه في الطعام مما قد تنتقل إليه المواد الكيميائية فتؤثر على النمو العقلي وبالتالي الإصابة بالتخلف العقلي.

توعية الأسرة عن مخاطر تعرض الجنين للأشعة السينية، والتدخين، والكحول، والمخدرات والأدوية والأمراض المنقولة جنسياً.

الأسباب المتعلقة بالفقر Poverty Related Causes

يعد القضاء على الفقر من العوامل المهمة التي تساعد في منع حدوث الإعاقة العقلية، وذلك لأنه يؤثر على الطفل والعائلة بسبب قلة الاهتمام بالصحة والتغذية السيئة وقلة التعليم في البيئات الفقيرة.

التطعيم: ويكون ضد الأمراض المعدية قبل الحمل.

فحص المواليد: جعل برامج فحص المولود الجديد عملية إلزامية ويجب ان تجرى بأسرع وقت لإعطاء نتائج دقيقة وسريعة، لأنه كلما كانت سريعة ومبكرة كانت نتائجها أفضل، مثل معالجة اضطرابات الايض ان وجدت مثل مرض فينيل كيتونيوريا PhenylKetonuria، ومرض ارتفاع سكر الحليب في الدم Galactosemia، ومرض قصور الغدة الدرقية Hypothyroidism الذي يسبب مرض القصاع أو القماءة، وتظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من أمه. ونتيجة ذلك يصاب الطفل بالهبوط الحركي وغلظة وجفان الجلد، وتضخم اللسان، وتخشن الصوت، وجحوظ البطن، وسقوط الشعر، وتخلف عقلي شديد، لكن إذا عولج الطفل في السنة الأولى شفى من كل الأعراض وينمو نمواً سوياً، أما إذا تأخر العلاج إلى ما بعد السنة الأولى فتتحسن الأعراض **الجسمية**، ولكن يستمر **القصور العقلي** وتصل درجة ذكاءه إلى اقل من(50) درجة.

التطعيم الإلزامي للأطفال ضد كل الأمراض المعدية القابلة للمنع.

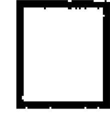
التعليم والتثقيف: تعليم وتثقيف الأسرة حول إصابات الطفولة التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، وحول أخطار استعمال عقار الأسبرين أثناء الحمل على الأطفال الذي يمكن ان يسبب التخلف العقلي.

البرامج والسياسات العامة: وضع سياسات عامة وبرامج لمنع الإصابات التي تؤدي الى حدوث الإعاقة العقلية، بحيث تشمل الاستعمال الإلزامي لأحزمة الأمان في السيارات وخوذ الرأس لراكبي الدرجات.

إزالة التلوث: إزالة التلوث البيئي المنبعث من المصانع ومعامل الطابوق والغازات المنبعثة من عوادم السيارات الذي تبين أنها تساهم في حدوث الإعاقة العقلية.

الكشف المبكر Early Intervention

يعد الكشف المبكر الأساس الذي تركز عليه الوقاية من الإعاقة العقلية خاصة الوقاية من الدرجة الأولى. إذ يمكن ان تعالج أبحاث التدخل المبكر للمشكلة قبل أو عند ظهورها.حيث تبدأ هذه الأبحاث مع الصغار الذين يبدو عليهم خطر الإعاقة العقلية في عمر مبكر، وتحاول تقوية قدراتهم الإدراكية وتشجيعهم على استخدام اللغة التعبيرية، وتمرينهم على التفكير والتصنيف. كما يتم تشجيع الآباء على الاستمرار في هذه الفعاليات في البيت (البطاينة وآخرون ، 2007،ص160 – 161).



الفصل العاشر

الأمراض العصابية والأمراض الذهانية



10

نبذة تاريخية عن الاضطرابات
تصنيف الاضطرابات والامراض النفسية
اولا : الامراض العصابية (العصاب) Neurosis
الإعراض الاكلينكية (السريرية) العامة للعصاب
القلق
المخاوف المرضية الرهاب
الوساوس
الهستريا
النيوراستانيا او الوهن العصبي
توهم المرض
الاكتئابDepression
العصاب الصدمي
العصاب الخلطي
ثانيا : الامراض العقلية (الذهان) Psychotic
الإعراض الاكلينكية (السريرية) العامة للذهان
1. الهلاوس
2. الفصام (الشيزوفرينيا)SchizoPhrenia
الفروق بين الامراض الذهانية والامراض العصابية
الفرق بين الشخصية العصابية والشخصية الذهانية

الفصل العاشر

الأمراض العصابية و الأمراض الذهانية

نبذة تاريخية عن الاضطرابات

على الرغم من ان بعض علماء الإغريق والرومان والعرب قد نظروا إلى السلوك غير السوي نفس النظرة الموجودة في الوقت الحالي. مثل (هيبوقراط) (450-377 ق.م) و (افلاطون) (429-348 ق.م) الذين وصفا الاضطرابات النفسية على انها ظاهرة طبيعية، إلا انه في العصور الوسطى كان ينظر إلى الاضطراب النفسي على أساس انه من عمل الشيطان، واعتبرت الكنيسة ان الاضطراب النفسي خطيئة تشير إلى وجود روح شريرة تملكت الفرد.

وقد حاولت كافة المجتمعات عبر مراحل التاريخ المختلفة ان تعالج المضطرب نفسيا، وقد اثبت بعض الأدلة الأثرية ان العلاج بدأ منذ آلاف السنين حينما كان سكان الكهوف يحدثون ثقوبا في جمجمة المضطرب نفسيا بغرض إخراج الأرواح الشريرة المحتبسة بداخله.

وقديما لجأ الأفراد في بعض الحضارات في الصين واليونان ومصر إلى الدعاء أحيانا للمضطربين، وأحيانا أخرى يلجئون إلى استخدام الضرب بالسياط لإجبار الأرواح الشريرة على مغادرة أجسام المضطربين.

ومع بداية القرن التاسع عشر بدأ التركيز يتحول إلى محاولة البحث على أسباب هذا الاضطراب (بعيدا عن فكرة الأرواح الشريرة) ومحاولة إيجاد العلاج المناسب له، وظهرت "دوريثا ويكسي" الأمريكية لتكشف النقاب الفضائح في البياريستانات (مستشفيات الأمراض العقلية) وبذلت الجهود لإنشاء (32) مستشفى للأمراض النفسية.

وجاء كلفيورد بيبر (الأمريكي) خلال الفترة بين(1876م – 1943م) ليوضح لنا أسباب ذهان هوس الاكتئاب، وقد أدت جهوده الشخصية إلى نشأة علم الصحة النفسية.

تصنيف الاضطرابات والامراض النفسية :

اولاً : الامراض العصابية (العصاب) Neurosis

مجموعة من الامراض الوظيفية التي لاترتبط بأسباب عضوية بدنية بايولوجية. وفي كثير من الاحيان عادة ما يخلط الناس بين العصاب والعصب، ولكن وفقا للغة العربية فالعصب يعني شبه خيوط يمر فيها الحس بين الجهاز العصبي واعضاء الجسم المختلفة من كافة انحاء الجسم الى الدماغ وبالعكس.

اما العصاب فهو مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن اختلال بدني او عضوي او تلف في تركيب المخ. أي ان المرض النفسي ليس جسميا" او عضوي المنشأ. بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية لا يرجع الى اصابة او تلف في الجهاز العصبي وانما يرجع اساسا" الى الخبرات المؤلمة او الصدمات الانفعالية او اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه.

ومن هذه الاعراض تعطل حاسة من الحواس او شلل عضو من الاعضاء دون ان يكون لهذا التعطل او الشلل سبب جسمي او عصبي باثولوجي (مرضي) كونه محاولة شاذة لحل ازمة نفسية مستعصية، اذ ان العصابي لا تكفيه الحيل الدفاعية المعتدلة في خفض ما لديه من قلق، لذا يلجأ الى الاسراف فيها لاعادة توازنه كما في حالة (الهيستريا التحويلية) وما هذا الميل الا اعراض للمرض النفسي. ويعرف المرض النفسي ايضا" على انه استجابة لا شعورية خاطئة لمشاكل الحياة والتي ترتبط بتوترات داخلية ناتجة عن علاقات غير مشبعة مع البيئة الخارجية في مرحلة الطفولة الأولى.

ولذا فان العصاب يعني الاضطراب النفسي والامراض العصابية ليست لها علاقة بالاعصاب حيث لايوجد في الامراض العصابية اي خلل او اضطراب تشترك به كما هو بالامراض العصابية. ولهذا يطلق على الامراض العصابية بالعصاب النفسي لانها ترجع الى اسباب نفسية.

الإعراض الاكلينكية (السريرية) العامة للعصاب

1. الفرد العصابي يعيش في إطار الواقع ويحس به. ولكن نفسه تعيش سجن داخلي يشعر فيه الفرد بانقباض داخلي شديد وضيق مؤلم وضاغط لا يعرف خلالهما أسباب عصابه ولا يجد لها حلا.
2. الفرد العصابي يعاني قلقا ظاهري أو خفيا وشعورا بعدم الأمن وزيادة الحساسية والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين.
3. العصابي شخص يمكنه أحيانا مساعدة نفسه أو انه يطلب المساعدة انطلاق من كون العصاب هو خلل في احد أجزاء الشخصية.
4. العصابي يعاني اضطراب في التفكير وبطا في فهمه وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى حد الأقصى.
5. يتصف السلوك العصابي عموما بالجمود والتكرار عمليا وذهنيا وفي حالات أخرى يتصف بالطيش والتسرع.
6. سرعة الملل والضيق والضجر من معظم الأشياء حوله وقصر مدة الانتباه والتركيز.
7. سرعة الغضب أحيانا(مروان، 2009 ، 103-104)

ومن ابرز الامراض العصابية نتذكر:

القلق

يعد القلق اكثر حالات العصاب شيوعا في الوقت الحالي. والقلق انفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر مما يثير حالة من التوتر الشامل المستمر ويعد عارضا لبعض الامراض النفسية الا انها قد تغلب حالة القلق تكون هي نفسها اضطرابا نفسيا ويطلق عليها في هذه الحالة عصاب القلق.

ويتميز المريض بالقلق والتوتر والشكوى دون ان يعرف مصدر خوفه وقد تصاحب استجابه القلق اضطراب في الهضم او زغلله الرؤيا او برودة الاطراف او اوجاع في الظهر والرقبة وكثرة افراز العرق.

المخاوف المرضية الرهاب:

يعد الخوف من الاشياء الضارة او الحيوانات المفترسة سلوكا طبيعيا اما عندما يبالغ الفرد من الخوف من الاشياء التي لاتستحق ان يخاف منها ولاتخيف معظم الناس. فهو يعاني من المخاوف المرضية ومن امثلة الاشياء التي يخاف المريض منها هنا الاماكن الشاهقة والاماكن المغلقة والزحام ورؤية الدم والجراثيم والقطط والدجاج والحصان وكثير من الحيوانات والطيور الاليفة.

الوساوس:

يعرف على انه دوافع أو صور ملحة ومتكررة دوريا يعاني منها الانسان في وقت من الاوقات خلال الانزعاج أو الاضطراب بطريقة تطفلية وغير مناسبة، وينتج عنها ضيق ملحوظ (باير، 2010، ص 25)، وعادة ما يكون على شكل حالة نفسية قهرية تبدو في صورة افكار وخواطر شاذة غير منطقية تستبد بالمريض وتلازمه كظله، ولا يستطيع الخلاص منها مهما بذل من جهد ومهما حاول اقناع نفسه بالعقل والمنطق رغم شعوره بشذوذ او تفاهة هذه الافكار. وينتاب الفرد القلق الحاد واذا حاول كبح جماح هذه الافكار ونتيجة محاولات المريض المستمره وما يبذله من طاقة للتخلص من هذه الافكار فانه يشعر

بالارقاق والتعب وينتشر الوسواس بين الذكور اكثر من الاناث. وقد يبدأ في العشرينات من العمر ويشاهد في الطبقات الاجتماعية العليا وبين الافراد الاذكياء، والافكار الوسواسية كثيرة وترتبط بمواقف الحياة كلها ومن امثلة تلك الافكار ان المريض تلح عليه افكار بان الاخرين ينظرون اليه نظرة جنسية مما يشعره بالخجل والارتباك وتلح عليه فكره بانه تافه او فاشل.

على سبيل المثال": الكثير منا عندما يخرج من البيت يحس انه قد ترك المكواة موصولة بالكهرباء. او ربة البيت التي تفكر في انها تركت طباخ الغاز مشتعلا" او احد الاشخاص اذا صافح احد" يسارع الى غسل يديه او تسيطر عليه فكرة بان يديه تحوي الكثير من الجراثيم والفيروسات فنجده يستمر على غسلها بين الحين والآخر، او مثال ذلك الام التي تقلق في حالة تأخر ولدها عن الحضور من المدرسة او تسيطر عليها فكرة على ان ولدها في خطر كما توجد هنالك وساوس تكون اكثر ازعاجا" قدد تتصل بالموت والتشوه.

اسباب الوساوس

كغيره من الحالات النفسية غير السوية لايختلف في معرفة اسبابه فهو يمكن ان ناتج لعدد غير معروف من الاسباب فلا يوجد سبب واحد محدد لمرض الوسواس القهري. تشير الأبحاث إلى أن مرض الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر) والتركيبات الأكثر عمقًا للدماغ (العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء علي البدء والتوقف عن الأفكار). وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي" سيروتونين ". ويُعتقد أن مرض الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوي السيروتونين بشكل أساسي. وتساعد الأدوية التي ترفع من مستوى السيروتونين في الدماغ عادة على تحسين أعراض الوسواس القهري.

والبعض من يرى ان سببه التربية الصارمة جدا من الاهل على استخدام المرافق الصحية. وكذلك العقاب المفرط في الشدة الذي يستخدمه الاهل بسبب ارتكاب الطفل لخطأ معين، ويمكن ان يكون ناتج عن تقليد الطفل لوالده أو والدته أو قريب له يقوم يطقوس الوسواس القهري في اثناء النمو مما يؤدي الى تعلم الطفل لهذه العادات (باير، 2010، ص30-31).

انماط الوسواس القهري

يمكن ان يأتي بعدة بعدة صور أو انماط أو اعراض، ومنها:

- طقوس التنظيف ومخاوف التلوث
- طقوس التدقيق والمخاوف على السلامة.
- طقوس التكرار وتصرفات التعدد القهرية.
- البطء القسري.
- الوساوس الخرافية والتصرفات القهرية.
- طقوس الادخار أو التخزين. (باير، 2010، ص32-46).

معايير أو سمات الشخصية الوسواسية:

لقد وضعت جمعية الاطباء النفسيين الامريكية مجموعة من المعايير بوصفها دليل لتشخيص هذه الشخصية وبنفس الوقت يمكن من خلالها معرفة سمات هذه الشخصية. وهي على النحو الآتي:

المعيار الأول: افراد هذه الشخصية يتجنبون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وذلك بسبب انشغالهم بالإنتاجية في العمل الذي لا تبرره ضرورة اقتصادية واضحة .

المعيار الثاني: أفرادها يتصفون بالصلابة والتعنت.

المعيار الثالث: أصحاب هذه الشخصية يصرون بشكل لا معقول على جعل

الآخرين يخضعون بالضبط لطريقتهم في القيام بالأشياء، أو كرههم غير المبرر وغير العقلاني في السماح للآخرين بالقيام بالأشياء.

المعيار الرابع: ونظراً لأن الأفراد أصحاب هذه الشخصية يكونون مشغولي البال بإتمام المهام على النحو الأمثل، كما أنهم يكونون دائمي التفكير بشكل الكمال الذي يسعون إلى الوصول إليه.

المعيار الخامس: فإنهم يميلون إلى أن يكونوا شكوكين، ولديهم اتقاد في الوعي والضمير في أمور تتعلق بالأخلاق أو القيم بشكل لا تبرره التوجهات الدينية أو الثقافية.

المعيار السادس: تراودهم الشكوك فيما يتعلق بعدم كفاية الآخرين تصبح جلية بشكل خاص حينما يرفض أصحاب هذه الشخصية تفويض المهام التي يقومون بها إلى الآخرين فهم ينظرون إلى الآخرين على أنهم غير كفوئين ولا يستطيعون القيام بالأعمال على النحو الأمثل وأن الآخرين أقل شأناً منهم.

المعيار السابع: عادة ما يعارضون القيام بمخاطرات شخصية، ويفضلون المألوف على غير المألوف، كما أن أسلوب الحياة الضيق يمكن أن ينجم عن حاجتهم إلى الرقي والضبط في كل شيء، إذ من الممكن أن يقوم أصحاب هذه الشخصيات بإلغاء مقابلة عمل بسبب خوفه من عدم ارتداء الملابس على نحو مناسب والأعراض الجسدية الطفيفة أو غيرها من المشكلات التي يمكن أن تكون السبب في تجنب النشاطات الجديدة(APA , 1994 , P . 662).

وفي دراسة خليل (2006) التي اجريت على طلبة الجامعة (جامعة بغداد) لقياس هذه الشخصية اشارت الى ان طلبة الجامعة لديهم نسبة عالية من اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية (خليل، 2006، ص91).

الهستريا:

منظمة الصحة العلمية (WHO,1986) تعرف الهستريا على انها الاضطرابات التي تنطوي ضمنا على معنى الانفعال غير المريح الذي تحدثه المشكلات والصراعات التي يتعذر على الفرد حلها فتتحول الى اعراض مرضية جسمية. علما ان الهستريا جاءت من الكلمة اليونانية Hysteria والتي تعني الرحم ولذا احد تسمياتها هي الرحام(الجبوري، 1994، 20-22)، وتعد الهستريا من الامراض المتشعبة تظهر فيه الاضطرابات الانفعالية مع خلل وظيفي في اعضاء الحس والحركة، وتتميز شخصية المريض بالتمركز حول الذات والانانية وتجنب المسؤولية والاستعراض والاعتماد على الاخرين والتذبذب الانفعالي وسرعة الخجل والقابلية الشديدة للايحاء فيما يهيئه لامتصاص انفعالات من حوله بسرعة لشدة حساسيته فيبكي اذا بكى الاخرون، ويضحك اذا ضحكوا. وتتميز بالاعراض الدرامية التي يقوم بادائها المريض تستهدف الحصول على منفعة خاصة او جلب الاهتمام او الهروب من موقف او الحماية من الاجهاد الشديد.

انواع الهستيريا:

الهستريا التحويلة: أو ردود الافعال التحولية Disorder Converssion Reaction التي تظهر فيها اعراض جسمية أو حسية' حركية كالعمى والصمم او فقد الحساسية في بعض اجزاء الجسم والشلل او فقدان القدرة على النطق، وفقدان الشهية، والتقيؤ، وفقدان الرغبة الجنسية، العنة لدى الذكور والبرودة الجنسية لدى الاناث. اذ ان هذه الاعراض تلفت النظر غير انها ليس لها اساس من الاصابة الجسمية او التلف العصبي. مثلا": العمى الهستيري الذي يصيب بعض الطلبة في الامتحانات النهائية اذ ان الطالب يصطنع هذه الاعراض من غير قصد هربا" من موقف عسير او الخوف من الفشل في الامتحان او لغرض استدرار العطف من الناس. وهناك آخرون يشعرون باصابتهم الصداع في ايام معينة لم يؤدوا فيها واجباتهم ولو سمحنا لهم بالبقاء في المنزل زال الصداع على الفور.

واشارت دراسة الجبوري(1994) انها تنتشر بين طلبة الجامعة بنسبة(4٪) وانها تنتشر بين الاناث بنسبة ثلاثة اضعاف نسبة انتشارها لدى الذكور(الجبوري، 1994 ، ص86).

الهستيريا التفككية: اذ تضم مجموعة من الاعراض منها النساوة (بكسر النون) والتوهان والتجوال النومي.

النساوة (فقدان الذاكرة): وتسمى احيانا" بـ (الامنيزيا الهستيرية) عندما يكون فقدان الذاكرة جزئيا" فيفقد المريض الذاكرة لشيء مرتبط لديه بانفعال شديد. والنساوة هي ان المريض بها يبدوا عليه العجز في تذكر اسمه او عمره او محل اقامة او معرفة الاصدقاء والاقرباء . مثلا" تنسى الام كل ما يمت بصلة الى موت ابنها ولكنها تتذكر كل الاحداث الاخرى عدا الفاجعة لذلك تعد هذه وسيلة دفاعية تنشأ عن كبت الاحداث غير السارة التي تسبب التوتر والقلق وتعد هذه حالة ايجابية.

التوهان (الشرود) التجوال اللاشعوري: أي هو تجوال يحدث للمريض الهستيري في حالة اليقضة اذ يتجول المريض هائما" بعيد عن المكان الذي يخاف من التواجد فيه او الرغبة بالهروب من مأزق معين يسبب له خطرا". وهو حيلة تدفع عن الفرد التوتر والقلق وهروبه الفعلي مما يواجهه من مشاكل وازمات. فالشخص حينما يواجه موقف خوف فأنه يفر هربا" الى مكان بعيد لا علاقة له يتجول فيه ويفقد فيه الذاكرة جزئيا" ويستمر في هذا المكان الى ان يحدث له مايعيد اليه ذاكرته.

مثال: ذلك الطالب الذاهب الى الامتحان يجد نفسه بعد فترة في مكان آخر. او يترك المريض منزله الى مكان او بلد آخر يبقى فيه اياما" واسابيع ينتحل خلالها لنفسه اسما" جديدا" وشخصية اخرى وبعد فترة يفطن بصورة فجائية انه في مكان غريب لا يعرف كيف ذهب اليه. وقد نسى كل ما حدث له في اثناء هذه المرحلة.

التجوال النومي (المشي اثناء النوم) او (التجوال السباتي): والمشي اثناء النوم عرض يرتبط بان المريض تسيطر عليه مجموعة افكار وذكريات واحلام مزعجة ذات طابع انفعالي لاشعوري. وعندما تأخذ هذه الافكار والذكريات حدثها فانها تطفو على حيز الشعور فتدفع المريض لفعل هذا المرض وهو في حالة النوم اذ يذهب المريض ويترك فراشه ليتجول في المنزل او يغادره الى الخارج وتكون عيناه مفتوحة ويتفادى كل ما يصادفه من عقبات في طريقه ويسمع حديث الغير وينفذ الاوامر ان طلبنا منه ان يعود الى فراشه. ويمكن معرفة سبب علة المريض او السر في هذا التجوال اذا خوطب وهو نائم بصوت خافت او نوقش بهدوء اما اذا ازعج فأنه يستيقظ وتزول حالته. وعندما يصحو في الصباح لا يتذكر أي شيء مما حدث أي لا يمكنه ان يعي ذلك بعد ايقاضه شيئا" مما حدث وقد يستمر التجوال النومي (15– 30) دقيقة ومثل هذا المريض قد يؤذي نفسه اثناء التجوال فمثلا" كأن يرى شباكا" مفتوحا" فيعتبره بابا" ويهم للخروج منه فيسقط من ارتفاع شاهق او قد يرى نهرا" فيتخيله شارع فيغرق فيه. ويعد التجوال الليلي احد اضطرابات النوم الاكثر انتشارا بين المراهقين(الجبوري، 2011). وقد يحدث للاطفال والراشدين، وتكون عند الذكور اكثر شيوعا" مما هي لدى الاناث وقد تتلاشى هذه الحالة اذ تقدم الطفل في العمر.

مثال: هناك ولد في العاشرة من العمر كان يتجه اثناء تجواله في نومه الى فراش امه فيقبلها ثم يعود الى فراشه. وبعد تحليل هذه الشخصية اتضح انه سبق ان تشاجر معها ولم يكلم احدهما الآخر فترة من الزمن وهناك آخر يعتدي على زوجة ابيه اثناء تجواله.

النيوراستانيا او الوهن العصبي:

تطلق النوراستانيا على الحالات التي تبدو فيها على الفرد علامات الاجهاد والاعياء النفسي والجسمي. فيبدو المريض شاحب الوجه مجهدا عاجزا على القيام باي مجهود جسمي او عقلي، وكثيرا ما تشخص هذه الحالات على انها اجهاد

ولكن لايفيد في علاجها الراحة لانها حالة من التعب المزمن، ويطلق على حالات النيوراسثانيا الانهيار العصبي اما الضعف النفسي او الاعياء النفسي او الوهن النفسي وغالبا ما تشاهد اعراض هذا المرض عند متوسطي العمر وخاصة ربات البيوت اللاتي يشعرن انهن مهملات من قبل ازواجهن.

وتظهر اعراض النيوراستانيا في:

اضطرابات الحساسية مثل الصداع المتصل او المتقطع والاوجاع المتنقلة والحساسية المفرطة.

اضطرابات حشوية مثل اضطرابات المعدة والامعاء مما يسبب صعوبة الهضم واضطرابات الكبد وضغط الدم.

اضطرابات الجهاز التنفسي.

الاضطرابات العصبية والنفسية مثل الارق الدوار والقلق والتهيج وسرعة التعب وتشتت الانتباه وعدم القدرة على عمل اي عمل.

توهم المرض: Hypochondriases

وهو اضطراب نفسي يدل على اعتقاد راسخ عند المريض بانه مصاب بمرض معين، وان لديه الاستعداد للاصابة بأي مرض رغم عدم وجود أي اساس طبي له. وينظر الى توهم المرض على انه دفاع لاشعوري يلجأ اليه المريض يجني من وراءه بعض المكاسب مثل التخلص من المسؤوليات و جذب انتباه الاخرين والحصول على مواساتهم له. ولذلك فتوهم المرض نادر الحدوث عند الاطفال ويظهر غالبا في سن العمل(الرشد) وتحمل المسؤولية اي العقدين بين الرابع والخامس من العمر.

وتتميز شخصية متوهم المرض بالتمركز حول الذات والانطواء والاهتمام الزايد بالصحة والجسم وهو دائم الشكوى من امراضه التي تكون هائمه ولاتتركز حول عضو واحد فقط وغالبا ما يفشل الاخرون حتى الاطباء من

طمأنته. ويسمى هذا المرض احيانا بوسواس المرض. ويعتمد بعض الاطباء في علاجهم لهذا المرض على الادوية غير الحقيقية (خالية من المفعول) والتي يطلق عليها (بلاسيبو). وهي ادوية لاتضر الفرد وليس لها اي اثار جانبية وممكن ان تكون فيتامينات او املاح او ماء عاديا له لون، تعطى لمتوهم المرض على انها الدواء الفعال المستورد خصيصا لمثل حالته وشفي بعض المرضى بتناولهم لهذا الدواء.

الاكتئاب Depression

يعد من اكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا وانتشارا ويسمى بالبرد العام للامراض العقلية. وشائع لدى النساء ضعف شيوعه لدى الرجال، والدراسات الحديثة تشير الى انه بدأ يصاب به حتى الاطفال، وهوشائع بين طلبة المتوسطة والاعدادية وفي الجامعة شائع على شكل اكتآب معتدل بنسبة (15٪) وبنسبة (5٪) على شكل اكتآب شديد. وشارت دراسة حديثة في جامعة بابل الى نسبة اعلى من ذلك، فقد اشارت دراسة الجبوري واخرين (2009) التي اجريت على طلبة جامعة بابل ان (46٪) يعانون من اكتآب متوسط الى شديد وهم بحاجة الى العون والعلاج، وان نسبة انتشاره بين الذكور هي (39٪) وينتشر بين الاناث بنسبة(49٪). والاخطر من ذلك اكتشفت الدراسة ان نسبة الميول الانتحارية شائعة بين طلبة الجامعة بنسبة(21٪)، وان نسبة من لديهم رغبة حقيقية في الانتحار كانت(3,6٪)، (الجبوري واخرين، 2009). وهذا ما سبق واشارت دراسة النغمي(2000) من ان الاكتآب يشكل السبب الثاني لدى المراهقين الذي يقود الى الانتحار(النغمي، 2000، ص4)، ان بعض الدراسات اظهرت ان نسبة من يعانون من الاكتئاب من سكان الولايات المتحدة الامريكية خلال فترة معينة في حياتهم بلغت (50٪)واهم ما يميز الشخص المكتئب انه يعاني من حزن شديد و مستمر اي ان الشدة والاستمرار في الحزن اهم صفات هذا المرض، ويقع هذا المرض ضمن مجموعة الامراض العصابية اذا ظل متصلا بالواقع، اما اذا اثر

الاكتئاب على الفرد وجعله يفقد اتصاله بالواقع فيدخل الاكتئاب في هذه الحالة ضمن مجموعة الامراض الذهانية، او المكتئب يفقد طاقته ودافعيته العادية ونشاطه الجسمي واضطرابات عادته في النوم ويصعب عليه اقامة علاقات اجتماعية وينخفض مستوى تفكيره بصورة ملحوظة عندما تنتابه مشاعر فقد قيمة ذاته او شعوره بالخطيئة او خوفه من عقاب معين.

وعندما يقل نشاطه يزداد احساسه باليأس وينتابه الهم والحزن ومن العلامات التي قد تساعد على اكتشاف التنبؤ بالاكتئاب سيادة صفة الانطواء والخجل وقلة التحمل والحساسية والجبن والعناد والخضوع والاعتماد على الاخرين والشعور بعدم الأمن وعدم التوافق الجنسي وسيطرة الانفعالات على الشخصية.

العصاب الصدمي:

الانسان قادر على مواجهة المشكلات والتوافق معها اما مباشرة او باستخدام الميكانزمات المختلفة السابق الاشارة اليها.

الا ان هناك بعض المواقف التي يفشل ويصعب على الفرد مواجهتها وذلك لانها بالغة الشدة ولايستطيع تحملها او التعامل معها مثل الغارات الجوية التي تقوم بها طائرات العدو في ضروف الحرب، والحوادث، وفقد شخص عزيز فجأة وبدون اي توقع لمثل هذه المواقف. نطلق عليها المواقف الصدمية والتي تسمى العصاب الصدمي مثل عصاب الحروب وفي هذه المواقف يفقد الفرد سيطرته. ويتولد لديه التوتر الذي يعبر عنه في صورة اعراض مرضية يغلب عليها القلق والارق وكثيرا ما يظهر الموقف الصدمي للمريض في احلام النوم او اليقظة.

العصاب الخلطي:

غالبا ما يتعرض الفرد لنوع واحد من الامراض السابقة ولكن هناك من الافراد يتعرض لاكثر من مرض من هذه الامراض فهو قلق ومصاب بشلل

هستيري في ذراعه وتسيطر عليه الوسواس ويقوم بافعال لا ارادية كفتل اليدين عشرات المرات مثل هذا المريض يكون مصابا بالعصاب الخلطي.

ثانيا: الامراض العقلية (الذهان) Psychotic

وهي مجموعة من الامراض التي تدل عاى وجود خلل واضطراب في تفكير الفرد وانفعالاته، يؤثر في ادراكه لما حوله عوامل البيئة ينعكس فس سلوكه بشكل واضح. وتعد الامراض العقلية اشد خطورة من الامراض النفسية اذ تؤدي الى احتلال كبير في قوى الفرد العقلية اذ تعرف بانها : اضطراب خطير في الشخصية يكون في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وإدراك الواقع مع اضطراب بارز في الحياة الانفعالية مع عجز ضبط النفس مما يؤدي به إلى عدم تدبير شؤونه ومنعه من التوافق في كل صوره الاجتماعية والعائلية والمهنية والدينية. لذلك من الضروري عزل المصاب ورعايته في إبداعه في مستشفى الأمراض العقلية.

وتكون الأمراض العقلية أما عضوية وراثية أو غير وراثية، ومن هذه الأمراض العضوية هي إصابة الجهاز العصبي المركزي (المخ) كتلف النسيج العصبي الناتج من مرض الزهري، أو الناتج من الادمان على المخدرات، اوتصلب شرايين المخ، أو كاضطراب هرموني كجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات والشلل الجنوني، وأما وظيفي أو نفسي الذي ليس للعوامل العضوية العصبية والكيميائية أي دخل بل تكون العوامل النفسية هي الأساس من ذلك. إذ هي استمرار طبيعي لنشأة المرض النفسي عند الفرد وعدم علاجه في الوقت المناسب فتحول إلى مرض عقلي. يرجع سببه الى الصراعات النفسية والاحباطات والتوترات النفسية الشديدة وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والاحباطات والتوترات. وكذلك المشكلات الانفعالية والصدمات النفسية التي يعانيها الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة. واهم ما يميز هذه الامراض فقد البصيرة وتفكك الشخصية نتيجة الخلل العقلي الشديد بما يجعله غير واع لما

يعاني منه. لذلك فأن مريض الذهان خطر على نفسه وعلى من يعيش معه، ولا يعتبر مسؤولا عن اي جرائم يرتكبها من الناحية القانونية (فاقد الاهلية) وحفاظا على المريض وعلى الاخرين يستوجب الامر ضرورة التحفظ على هذا المريض في مكان معزول عن المجتمع تحت اشراف متخصصين في مجال العلاج الطبي النفسي والاجتماعي.

الإعراض الاكلينكية (السريرية) العامة للذهان

1. خلل عام في الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها.
2. بطء واضح في العمليات العقلية وارتباك واضح في الوظائف الذهنية واضطراب في النشاط الحركي بصورة غير عادية.
3. اضطرابات واضحة في الانفعال وحساسية مفرط زائدة وخلل في مفهوم الذات وعدم الثبات على شيء معين او محدد، والقلق والخوف والتناقض الوجداني.
4. عدم قدرة الفرد على التركيز والوضوح.
5. ضعف الشديد في إدراك وتكوين العلاقات بين المفاهيم والأشياء.
6. عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع وعدم قدرة على التأقلم مع المواقف الاجتماعية والآخرين.
7. سؤ توافق واضح في التكيف المهني والعائلي والشخصي.
8. وجود هذاءات وهلاوس ذات إحساس وهمي.
9. اللجلجة أحيانا والسرعة الزائدة في الكلام (تسمى في بعض المصادر الطبية زلط الكلام) والحركة والألفاظ غير المنطقية.
10. اضطراب واضح في سلوك الفرد وتشوش الفرد وتشوش في محتوى ومجرى التعبير عن التفكير(مروان، 2009، ص 122).

ويمكن أن نستدل عادة إلى وجود الذهان (المرض العقلي) عن طريق عدد من الأعراض منها:

الاضطراب في اللغة والتفكير:

ويمكن ملاحظته من خلال الاساليب غير المنطقية وغير المعتادة التي يستخدمها المريض. أي اعادة تركيب الالفاظ بشكل غير منطقي وتعبيرات تنشأ من المزج بين عناصر من كلمات مختلفة. فقد يربط بين كلمتي (بنزين) وكلمة (ترينتينا) ليخرج كلمة مبتدعة جديدة (ترينزينا). او كلمتي (ممرضات قاسيات) فيكون منها لفظة جديدة (ممرسيات)، او كأن يسأل مالذي اتى بك الى المستشفى؟ فكان جوابه بكل جدية (سيارة مرسيدس موديل 2010) وغيرها من الامثلة. مما يدل على عدم تماسك الافكار بل تدفقها وانتقالها من موضوع الى آخر لا صلة له به من ذلك قوله: اني سأشرب الشاي مع افطاري فلا داعي لأن البس حذائي.

الوجدان المضطرب:

أي تكوناستجاباته الانفعالية بشكل لا تتناسب ونوع المثير لذلك قد يضحك لاستجابة الاخبار المحزنة ويبكي لسماع الاخبار السارة وقد يكون متبلد تماما" بحيث يكون عاجزا" من التمييز بين أي استجابة انفعالية – ايجابية او سلبية .

الانسحاب الاجتماعي:

يتمثل في سلوك يؤدي بالمريض بالانعزال عن الآخرين. ويكون متقوقع ويصبح متباعدا" وغير متجاوب ولا يعير أي اهتمام الى ما يحيط به من الظروف، وقد يؤدي ذلك الى البكم (الامتناع عن الكلام)، او الى النكوص بحيث يتصرف بسلوك (بأساليب طفلية) كأن يمص ابهامه، او يتناول طعامة بأصابعه.

الهذاءات (البارانويا):

هي معتقدات زائفة يتشبث بها المريض على الرغم من الادلة التي تبرهن بطلانها ويعجز عن التمييز بين الخيال والواقع. وتعرف ايضا" على انها(حالة مرضية ذهانية تتميز بالاوهام والهذيان الواضح والمنظم، أي الهذايانات المتمثلة في المعتقدات الخاطئة على انه عظيم من العظماء او مضطهد من المضطهدين وانه منطقي في تفكيرة مع عدم وجود هلوسات).

1. الهلاوس:

انها الخبرات الحسية التي لايكون لها ما يقابلها من المثيرات الواضحة وتوجد على عدة انواع منها:

اولا" : الهلاوس السمعية. اذ يسمع المريض الاصوات والضوضاء في السكون التام وتكون في صورة اصوات اذ يسمع المريض اناسا" يتهمونه او يثنون عليه وكذلك الحال بالنسبة للأصوات الخفيفة كالتحدث والضحك.

ثانيا": الهلاوس البصرية. وهي ان المريض يرى اشياء حيث لا يكون هناك شيء تراه العين وتكون ايضا" بأشكال متنوعة منها على شكل انسان او على هيئة خيال او ظل او جسد بدون وجه متميز وكلا حسب الحالة المرضية او قد تكون على هيئة اشجار كبيرة او اهرامات او حيوانات تتكلم.

ثالثا: الهلاوس الشمية. وهي ان المريض يشم روائح معينة بغض النظر ان كانت زكية أو كريه علما ان هذه الروائح لاوجود لها في ارض الواقع.

رابعا: الهلاوس الحسية. وهي ان المريض يعر على سبيل المثال بوجود حشرات تسير على جلده، أو يشعر بأنها تسير اسفل جلده.

2. **الفصام (الشيزوفرينيا)**SchizoPhrenia:

ويسمى بـ(الجنون المبكر) وهو اضطراب يتمثل في السلوك الغريب والخلط في التفكير. ينتج عن تلف في المخ وكذل يحدثه ادمان الخمر وجنون الشلل العام. الا ان الطبيب السويسري يوجين بلويلر تحدى النظرة العضوية الى الجنون المبكر وقام بتصوير الاضطراب في اطار سيكولوجي (نفسي) وسماه **الفصام** او **الشيزوفرينيا** وهذا المصطلح، هو مصطلح اغريقي يعني انشطار العقل (Schizo تقسيم او انقسام و(Phrenia) العقل او التفكير أي تقسيم او تفكك العقل، ومن الخطأ ان نقولها انها انقسام الشخصية او انفصام الشخصية لانه مسؤول عن التفكك الذي يطرأ على الترابطات والتداعيات العقلية وهو مسؤول عن المعتقدات المشوهة وانماط الكلام الغير مفهومة لدى المريض. ومن خصائص المريض هنا الانفصال عن العالم الخارجي الواقعي وتشتت وتاثر اجزاء مكونات شخصيته وتفكك ذاته. وهو مرض وظيفي.

ويعد الطبيب اميل كرابيلين اول طبيب نفسي وصف الفصام وسماه بالعته المبكر اذ كان يعتقد ان الفصام متى ما اصاب شخصا" ادى به الى تدهور متزايد مستمر دون ادنى احتمال للشفاء والتحسن. ولكن هذا الاعتقاد وغير صحيح اذ ان واحدا" من بين كل ثلاثة فصامين يشفى تماما". ويمكن تعريف الفصام: **مرض عقلي ذهاني تحدثه اضطرابات وجدانية وعقلية وسلوكية تؤدي بأنحطاط شخصية المريض وتفككها وتشتتها وتحول دون تفاعله مع الآخرين ومكونا عالما خاصا به.**

ويعد الفصام من احد الامراض العقلية (الذهان) الذي يكون فيه للمريض اعراض على درجة كبيرة من التنوع والاختلاف من شخص الى آخر. وصنفت هذه الاعراض الى ست انواع، اذ تتميز كل منها بأعراض بارزة تشترك جميعها في السمات الآتية وتكون على اختلاف في الشدة والتواتر من نوع الى آخر ومن هذه الاعراض:

اولا" : الانسحاب عن الواقع: أي نوع من الانطواء الشديد يقطع فيه المريض صلته واهتمامه بالعالم الخرجي، ويوجه كل طاقاته الذهنية الى عالم من الاوهام والخيالات يعيش فيه. اذ يشعر ان كل ما حوله وهم لا حقيقة لذلك وتنمو عنده الكثير من الهذاءات والهلاوس. أي ان يصرخ ويصيح دون سبب ظاهر أويهاجم الغير ويعتدي عليه استجابة لهذه الهلاوس و الهذاءات.

ثانيا" : اضطراب الحياة الانفعالية: يبدو في حالتها الانفعالية وبرودتها وتقلبها وعدم ملاءمتها للمواقف التي تثيرها اذ تبدوا هذه الضحالة في عدم اهتمامه بما يجري حوله في العالم الخارجي وفي عدم اكتراثه لما يقوم به من اعمال غير لائقة كأن يقوم بأعمال جنسية امام الآخرين وكشف عورته، واللواط العلني وعدم اهتمامه على الاطلاق بنظافته ولباسه واستجابته الانفعالية غالبا" ما تبدو سخيفة لا تناسب الظروف او المواقف التي تثيرها فهو يثور لاتفه الاسباب ويتقبل موت ابيه كما يتقبل طعامه، فأنه يضحك لما يؤلم. ويتألم لما يثير الضحك.

ثالثا" : الخمول والبلادة: أي ان المريض تراه لا يتكلم او لا يجيب على اسئلة توجه اليه ولا يبذل جهدا" لعمل شيء وانه يختار ركنا" يجلس فيه ذاهلا" وقد خلا وجهه من كل تعبير.

رابعا" : اضطراب لغته: ومن خلال احاديثه بوجه خاص اذ لايمكن عقد حديث معه لانه لم يعد يهتم بغيره ولم يعد قادرا" على بذل الجهد العادي اللازم لوضع نفسه موضع من يخاطبه وتعديل لغته كي يفهمها من يخاطبه.

انواع الفصام: يقسم الفصام الى تقسيمات اكلينيكية (سريرية) رئيسية سائدة هي:

الفصام البسيط simple schizophrenia.

الفصام المبكر (الطفلي)Hebephrenic.

الفصام الهذائي (البارانوي) (الاضطهادية) paranoid.

الفصام الكاتاتوني (التصلبي) catatonia.

الفصام الوجداني Affective schizophrenia.

(1) الفصام البسيط Simple

ان هذا النوع من الفصام يبدأ تدريجيا" وبصورة خفيفة وفي وقت مبكر في فترة المراهقة واغلب المصابين بهذا المرض يستطيعون الحياة من غير ان يشك احد في كونهم مرضى، لكن هنالك مزايا يتصف بها الفصامي لهذا النوع منها: اضطرب الانفعال، والنشاط وقلة الهلاوس، والهذاءات. اذ يعزي ذلك الى ضعف الوجدان وضآلة التفكير ويكون المريض خاملا" عديم الطموح ومتبلدا" وعديم الاهتمام بالعلاقات والصلات الاجتماعية. متقلب العواطف وسريع الاستثارة وبرودة الاستجابات الانفعالية لديه مع ضعف قوة دوافعه اذ لايهتم بنقد اراء الاخرين حتى ولو كانوا والديه لايعير اي اهتمام بالقيم الخلقية ولا الناحية الجمالية. اذ يهمل مظهره تماما" لايهتم بهندامه ويرفض الاستحمام. لا يهتم للمدرسة والتعليم اي لايلتفت الى الالتزامات المدرسية ولا توجد لديه اي ميول واهتمامات. يتصنع عدم الاهتمام بالجنس الاخر، وبعض المرض قد يصبح منحرفا" جنسيا" او جانحا". قلة الكلام لا يدخل في تفاصيل بل يكتفي بالرد على الاسئلة بصورة مختصرة. ويلاحظ عليه تدهور تدريجي في القوى العقلية، ولا يمكنه الاستمرار في اي حديث مع الاخرين.

(2) الفصام الهيبفريني (الطفلي) (المبكر) Hebephrenic

ويسمى احيانا"(فصام المراهقة)، او الفصام المبكر، وفي بعض الاحيان يدعى (فصام الشباب). اذ ان المصطلحHebeيعني الشباب وان هذا المرض يمتاز بالبداية المفاجأة والمبكرة التي تظهر في مرحلة المراهقة بطريقة غير واضحة قد تخدع المقربين من المريض، كون اعراض هذا النوع تتغير وغير ثابتة. ويتصف الفصامي بعدم الاتزان الانفعالي وظهور السخافات الطفلية، ويكون في حالة هياج ولا يمكنه السيطرة على تصرفاته، وكثيرا" مايكون في الحالات المتطرفة

من المرض سلوكه وكلامه كالطفل الصغير اي ينكص حتى في حالات اخرى يعجز عن التحكم في الاخراج والتبول وطريقة الاكل، فضلا" عن الهذاءات والهلاوس السمعية والبصرية والاضطرابات الوجدانية التي قد تفسر على انها تحول الانفعالات من الشعور الى اللاشعور كما يتصف بالانسحاب الشديد والانعزالية.

(3) الفصام الهذائي (البارانوي)paranoid

ويسمى هذا النوع من الفصام احيانا" بالاضطهادية، ويكثر ظهور المرض في نهاية مرحلة المراهقة المتاخرة وسن الثلاثين من العمر. يتميز الفصامي بوجود هذاءات الاضطهاد وهذاءات العظمة كما ذكرناها سابقا" من اعراض الامراض العقلية (الذهان) فالمريض يكون لديه شعور بان هناك مؤتمرات تحاك ضده وهنالك جماعة تحاول قتله عن طريق وضع السموم في الطعام وغالبا" ما يشك بالمقربين منه (كالزوجة) مثلا"، وهذا ما يمثل (هذاءات الاضطهاد) وقد يأخذ الهذاء شكلا" آخر: كأن يعتقد المريض هو شخصية مهمة وانه ذو جاه وسلطة وجمال خارق ونفوذ وانه عظيم وموهوب ويتمتع بقدرات عقلية فائقة. وهذا ما يمثل (جنون العظمة او هذاءات العظمة). والفصاميون من هذا النوع يكونوا على درجة من الذكاء اكثر من الفصامين من الانواع الاخرى ولايمكن استغلال ذكائهم بسبب الانفجارات السريعة من خلال الاستثارة الشديدة والانهيارات العقلية والتداعيات والحساسية المفرطة. وهذا النوع من الفصام يكون اكثر الانواع شيوعا" ولكن اقلها احتمالا" للشفاء.

(4) الفصام الكاتاتوني Catatonia

ويسمى احيانا" (بالفصام التصلبي). يتصف المريض بالتصلب الحركي وبداياته تكون في سن متأخرة بين(20 – 25) سنة وظهوره يكون بشكل حاد نتيجة لاضطراب انفعالي شديد، واحتمالات الشفاء لهذا النوع من المرض تكون كبيرة مقارنة بالانواع الاخرى ويكون على صورتين:

الصورة الاولى: تخشب او تصلب، اذ يتخذ المريض اوضاعا" جسمية ونفسية ثابتة او متخشبة وفيه يجمد على وفق الوضع الذي كان عليه قبل النوبة، اي قد يجلس لفترة طويلة من الزمن دون اي حركة دون اي حركة ولايشعر بما حوله، وفي اغلب الاحيان يأخذ وضعية خاصة في الجلوس وينظر الى نقطة معينة دون حركة ولايشعر بما حوله، اويكون خافض الرأس ومغلق العينين وشارد الذهن والتفكير. وهذا الذهول قد يصل الى درجة الغيبوبة ويمتنع عن الطعام وعن الاجابة عن الاسئلة. ولايعير اي اهتمام الى النظافة العامة وبالاخص عمليات التبرز اذ لايستطيع التحكم بها وكذلك الحال التبول اللاارادي.

اما الصورة الثانية: الهياج والتوتر الكاتاتوني، فالمريض يتميز بنشاط حركي عدواني اذ تنتابه فترات من الهياج الشديد ويعتدي على الاخرين بدون اي اثارة. لذلك تراه في بعض الاحيان يهاجم اي شخص امامه ويحطم الادوات والاشياء التي يصادفها، وقد تصل به الحال تمزيق جميع الملابس التي يرتديها ويبقى عريانا" وقد يبقى في حاله شديدة من الهياج والتوتر العصبي الحاد الذي كثيرا" مايصل به الى درجة الانهيار الكلي او الموت كما انه يتميز بالتناقص السريع بالوزن وقلة النوم والتبول والتبرز العلني دون اي اعتبار لمن حوله يلاحظ عليه تغيرات جسمية واضحة كبطء التنفس وزيادة افرازات الغدد العرقية والعابية.

(5) الفصام الوجداني Affective

ان المريض في هذا النوع من الفصام تكون لديه اعراض خليطة بين الفصام والهوس والاكتئاب الذهاني. اذ كلما زاد تقدم المرض وضوحا" تزداد ظهور الاعراض الفصامية اكثر من اعراض الهوس والاكتئاب وتظهر لديه مجموعة من الاضطرابات في الذاكرة والتفكير والوعي والشعور والانتباه وحتى في الكلام اذ يكون غير منطقي فضلا" عن شدة الانفعالات والهياج المستمر للمثيرات التي لا تتناسب مع شدة الانفعالات، ويتسم بعدم الثبات الانفعالي

واللامبالاة وعدم الاهتمام بالمظهر الخارجي من حيث الشعر والاهمال الواضح في الملبس والنظافة العامة والاضطراب في السلوك الجنسي والتناقص السلوكي. وكذلك الحال تضعف ارادته اذ ويكون كثير التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

وتوجد انواع من الهذاءات منها:

أ. هذاءات العظمة: أي ان المريض يعتقد ان له مهارات خارقة، اوانه شخصية عظيمة، كأن يشعر المريض بأن له قوة جسدية خارقة ونادرة وجمال خارق وانه ينحدر من اكثر العائلات شهرة ويمت بصلة القربى الى سائر الملوك والمتنفذين وانه غني يملك المليارات. او قد يشعر بأنه نبي او قائد كهتلر او نابليون بونابرت او يملك الالقاب والصلات الرفيعة. وهكذا وقد سمي هذا النوع من الهذاء بالاغتراب العقلي. ومن اعراضالشخص المصاب بهذاءات العظمة او(توهم العظمة) اعتقاده بانه شخص عظيم او بطل او مخترع، له قوة خارقة لا يصل اليها احد، كثرة الحديث عن الذات والتعالي على الناس والمباهاة يتبنى اهداف غير عملية مستحيل تحقيقها، ويحاول عملها ولكنه يتركها دون ان يكملها، متقلب المزاج والانفعالات، وذو طباع حادة يظهر عليه انفعالات الغضب والسلوك العدواني، غير منظم في عمله وينقطع دائماً" عنه وقد يتركه ويصل الى حالة البطالة اعتقادا" بأنه عظيم.

ب. هذاءات الاضطهاد (توهم الاضطهاد): اعتقاد المريض بأفكار خاطئة انه شخص مضطهد ومظلوم من الناس وانهم يسيئون اليه ويدبرون المؤامرات لاغتياله او انه يعتقد ان جماعة من الاشخاص يضعون الخطط لايذائه او يدسون السم له في الطعام، يملؤه الشك بكثرة وحتى في اقرب الناس اليه والشك حتى في زوجته، تظهر عليه اعراض الغيرة والغضب والاستياء والحقد والكراهية للمحيطين به. وقد يصل

الانعزال الى الاكتئاب بل وخوفه من الناس واضطهادهم له وقد يصل به الى الانتحار.

ج. الهذاء الجنسي: وهذا النوع من الهذاء يعتقد فيه المريض ان هناك احد افراد الجنس الآخر من ذوي الوسط الفني يحبه ويرسل له رسائل سرية عن طريق الراديو وفي السينما والتلفزيون ويكتب له خطابات غرامية مطولة. ويروي للناس ذلك وحينما يبدي الناس عدم تصديقهم له يشكو على انهم يحقدون عليه. وقد يظهر الهذاء الجنسي في شكل الشك في الخيانة الزوجية بأن زوجته تكرهه وتضطهده وتخونه وتتآمر مع الآخرين عليه وقد يظهر في شكل هوس جنسي او الشذوذ الجنسي.

د. هذاء المشاكسة: وتظهر أعراضه بتوهم المريض نتيجة أفكار خاطئة بان له حقوق ومواريث. او حقوق في العمل فيصر إصرارا" بالفعل بالمطالبة بهذه الحقوق ويلجأ بحالة هذائية الى المشاكل والشكاوي القانونية والقضاء والخصام والتعدي على الآخرين وعندما يبدي الآخرين عدم أحقيته يعتقد إنهم يتآمرون عليه ويسلبون حقوقه.

هـ. هذاء توهم المرض: كأن يعتقد انه مصاب بالسرطان او أي مرض خطير آخر بالرغم من ان الكشوف الطبية والمختبرية تنفي ذلك.

و. هذاءات التلميح أوالتأويل: أي ان الشخص المريض هنا يتخيل كل حركة او كلمة او اشارة تصدر عن الغير فأنما هي موجهة اليه بقصد سيء مما يؤدي به الى اعتزال الناس او الاحتكاك بهم على الدوام.

ز. الهذاءات السوادية (بضم السين: وفيها يعتقد المريض انه مذنب اثم مسؤول عن كثير مما حل بالناس من مصائب وعن قيام الحرب العالمية الثانية وانه يستحق كل عقاب ينزل به.

الفروق بين الامراض الذهانية والامراض العصابية

1. الـذهان اضـطراب يتنـاول شخصـية المـريض بأسـرها في حـين العصـاب اضـطراب يبـدو واضـحا في الجانـب الانفعـالي منهـا بوجـه خـاص فلاتضطرب الوظائف العقلية فيه إلا بدرجة طفيفة عارضة. ومن هذه الوظائف القدرة على التفكير والحكم والفهم.
2. المريض بالعصاب مستبصر بمشكلته بعكس الذهاني .
3. الذهاني شخص قطع صلته بالدافع الموضوعي وكون لنفسه عالما من الخيالات والأوهام،

اما العصابي فلا يزال متصلا بالدافع مندمجا فيه يعمل ما في وسعه لكي يعيش ويتكيف لمحيطه.

4. بالنسبة للذهان يتغير الدافع والعالم الخارجي في نظر المريض تغيرا نوعيا فيراه بصورة تختلف اختلافا كبيرا عما يراه الذهانين، الذهاني يرى الناس تتربص به وتكبد له ومن يرى أشياء وخيالات مجسمة أو يسمع اصواتا لاوجود لها عند الطبعيين.
5. الهلاوس من الإعراض الشائعة لدى الذهانيين النادرة بين العصابين.
6. الهذاء أو الهذيان من الإعراض التي ينفرد بها الذهان.
7. يظهر النكوص بصورة أعمق وأوضح عند الذهاني، فالتبول او التبرز اللاإرادي والاستمناء العلني وكشف العورة دون خجل واستحياء، وهذه التصرفات غير معرفة لدى العصابين.
8. لغة العصابي لغة متماسكة غير مفككة بعكس لغة الذهاني.
9. الذهاني نادر جدا في الطفولة ولايفصح عن نفسه قبل سن المراهقة أي سنة(15) من الأمور المعروفة في طب النفسي.

10. العلاج النفسي الذي يفيد مع العصاب قد يساعد بعض الذهاني غير انه لا يجدي إطلاقا مع الآخرين، وذلك لصعوبة الاتصال بهم والتفاهم معهم (سامية، 2007 ، ص140-141).

الفرق بين الشخصية العصابية والشخصية الذهانية

الذهاني تصاب شخصية المرض اصابة عميقة وكبيرة وتتجلى هذه الاصابة في اضطرابات عميقة وتشمل العاطفة والتفكير والسلوك.

إما العصابي فان التبدل الذي يطرأ على الشخصية يكون جزئيا ومحدودا فلا يؤثر تأثيرا كبيرا في سلوك المريض وتبقى شخصيته متماسكة.

في الذهاني تتغير نظرة المريض إلى الواقع تغيرا جذريان فهو يبدل هذا الواقع ويشوهه فيرى أشياء لا يراها الإنسان السليم اصواتا لا وجود لها ويشم روائح ليس لها وجود في الواقع.

اما العصاب فان الواقع يبقى واقعا والعصابي يكون واعيا بالتجرية المرضية التي يمر بها وتتميز بقيام صراعات نفسة داخلية.

الذهان تزول الرقابة الداخلية على النفس فتتفكك الأنا وتتهدم الأنا العليا ويزول الكبت.

إما العصاب فتظل الأنا متماسكة إلا أنها تكون ضعيفة كما تكون إلية رقابة الأنا العليا الاجتماعية.

الذهاني لا يكون واعيا بمرضه مما يجعله رافظا للعلاج، بينما العصابي يكون واعي بمرضه.

في الذهان لا يعتبر المريض مسؤولا عن تصرفاته نظرا لعدم قدرته على التمييز بين الخطأ والصواب. العصابي مسؤولا عن تصرفاته نظرا لقدرته على التمييز بين الصواب والخطأ.

الذهان نادرا ما يصيب الفرد في طفولته ولكن يصيبه في المرحلة الأخرى بينما العصاب الفرد في أي مرحلة من مراحل العمرة.

في الذهان يصبح المريض عاجزا عن العمل، وعلاج الذهان أكثر صعوبة، بينما مريضالعصاب يستطيع العمل، ويمكنه ان يقيم مع غير علاقات يكون علاجه أكثر سهولة (انس، 2009 ، ص60)

الفصل الحادي عشر



الإدمان على الكحول المخدرات المنشطات

11

الكحول
انتشار الكحول
العوامل النفسية والاجتماعية التي تساعد على انتشار الكحول
العوامل البيولوجية
مراحل إدمان الكحول
أضرار الكحول على الجسم
1. أضرار الكحول على الجهاز التناسلي والنسل
2. أضرار الكحول على الجهاز العصبي
3. أضرار الكحول على العضلات
4. أضرار الكحول على الجهاز البولي
5. أضرار الكحول على جهاز الدوران والكبد
6. أضرار الكحول على العلاقات الاجتماعية
الأمراض العقلية المرتبطة بالإدمان
1. الاضطرابات الحادة
أ. التسمم الكحولي
ب. الهتر الرعاشي أو الهذيان الارتعاشي
ج. الهلاوس الكحولية الحادة
د. ذهان كورساكاوف
2. الاضطرابات المزمنة
المخدرات آفة الموت البطيء
أهمية موضوع المخدرات
تاريخ العقاقير المخدرة والمنشطة
أولا: الأفيون
ثانيا: الهيروين
ثالثا: المورفين
رابعا: الكوكايين
خامسا: القات
سادسا: الامفيتامين
سابعا: الكافيين
ثامنا: الافدرين
تاسعا: العقاقير المهدئة والمنومة
العلامات التي تدل على ان الشخص يتناول المخدرات
سبل الوقاية من المخدرات
المنشطات
نبذة تاريخية
تعريف المنشطات
أسباب استخدام الرياضيين للعقاقير المنشطة
أنواع المنشطات المحظورة رياضيا
أولا: عقاقير دوائية
1. العقاقير المنبهة للجهاز العصبي
2. العقاقير المثبطة للألم (المخدرة) للجهاز العصبي
3. المنشطات الهرمونية
4. البيتابلوكرز
5. مدرات البول
6. مجموعة عقاقير دوائية لها تحفظات خاصة
ثانيا: وسائل لا دوائية منشطة أخرى
1. الإحماء حقن المثانة بإدرار فرد متناول للمنشطات
2. المنشطات الدموية
3. أدوية بناء العضلات
الاضطرابات النفسية الناجمة عن تعاطي العقاقير المنشطة أو المخدرة المحظورة رياضيا
أولا: أضرار المنشطات على الجانب النفسي
1. اضطرابات سارة
2. اضطرابات انفعالية غير سارة
ثانيا: أضرار المنشطات على الجانب الجسمي
طرائق الكشف عن المنشطات

الفصل الحادي عشر

الإدمان على الـكحول المخدرات المنشطات

الكحولية Alcoholism

لا يعرف بالضبط متى بدا الإنسان شرب المسكرات (الكحول)، ولكن يعتقد ان ذلك كان في تاريخ متقدم جدا، عندما لفت انتباهه التأثير المتمثل لتعاطي المواد المختمرة في الطبيعة. أي يتكون فيها الكحول عند فسادها أو تخمرها.

ويستدل من المراجع التاريخية ان الإنسان بدا يعرف الأضرار الصحية للكحول منذ ما يقارب خمسة آلاف عام، إذ تحدث قيصر الصين شانونج في تلك الحقبة من التاريخ عن هذه الأضرار، موضحا ما لتعاطي الكحول من أضرار صحية ووصفه بأنه مقصر العمر.

وفي الآثار المصرية التي يعود تاريخها إلى ما يقارب من (4500) عام وجدت رسوم تشير بوضوح إلى كيفية صنع الجعة (البيرة) وأعراض التسمم الحاد بالكحول.

انتشار الكحولية

للعوامل الثقافية والبيئية اثر مباشر في نسبة انتشار إدمان الكحول أو المخدرات، وذلك واضح جدا في اختلاف حجم انتشاره من ثقافة إلى أخرى. على سبيل المثال تتميز الثقافات الشرقية باتجاه خاص ناحية الحياة وهي التأمل الغيبي، والشخصية غير العدوانية، والتسامح المستمر، ومن هنا نشأت إدانة الخمر والاتجاه ناحية الأفيون والحشيش. أما الثقافات الغربية فإنها تعطي أهمية كبيره للشخصية العدوانية والاتجاه الانبساطي الواقعي ناحية الحياة، فيسمح بالخمر لإباحة تلك الصفات. ويدان الأفيون والحشيش لتثبيطه سمات الشخصية

الغربية، ومن هذه الفروق الاجتماعية والثقافية نلاحظ الاختلاف في نسبة إدمان الكحول بين الغرب والشرق.

ولقد أجرت المؤسسة الأمريكية لإدمان الكحول دراسة واسعة شملت(43) ألف شخص وأظهرت النتائج ان (30٪)من الأمريكيينيعانون، أو قد عانوا من مشكلة إدمان الكحول، وفي روسيا فقد كشفت دراسة حديثة ان ما يقارب نصف عدد وفيات الرجال في روسيا كانت بسبب الكحول، ومما لاشك فيه ان نسبة بهذا القدر تعد كبيره جدا. أما المفوضية الأوربية فقد كشفت من خلال الدراسات التي تناولت نسبة انتشار إدمان الكحول إلى ان ألف شخص يموتون سنويا في أوربا من جراء الكحول، وان ما يقارب (23) مليون مدمن على الكحول في أوربا وحدها. وأوضحت نتائج إحدى الدراسات التي أجراها فريق من الأطباء في السويد طوال خمس سنوات ان الكحول يمكن ان يكون السبب في نسبة (44٪) من الوفيات الناجمة عن حوادث السير أو أحداث أخرى وتشمل الوفيات التي يسببها الخمر عمليات الانتحار والسقوط من أماكن مرتفعه والإصابة بجروح في حوادث سير، والاختناق والتسمم والقتل. كذلك أشارت دراسات اخرى إلى ان (29٪) من الوفيات غير الطبيعية ذات صله بالكحول وانهم رجحوا ان يكون الخمر

وراء ما نسبته(44٪)من الوفيات أو أكثر في بلدان تكون فيها القوانين أكثر مرونة فما يخص تناول الكحول.

وعلق معهد الدراسات الخاص بالكحول في كامبريدج في بريطانيا ان النتائج الخاصة بالكحول تظهر ان الكحول يسبب مشاكل اكبر بكثير مما هو معترف به رسميا. اما عن سبب انتشاره في الدول العربية فلا زال لا توجد إحصائيات مؤكده، ويكفي ان نشير وفقا لمنظمة الصحة العالمية Who ان لكل(100) ألف من حوادث السيارات في الكويت حوالي(20٪) منها سببه الكحوليات.

العوامل النفسية والاجتماعية والحضارية المساعدة على انتشار الإدمان :



شكل (6)

امرأة تستعمل الشيشة (النركيلة) وهي من وسائل الإدمان

ما من شك ان للعوامل النفسية والاجتماعية والحضارية التي سبق التطرق إليها اثر كبير في الإدمان، ولهذا البعض يرى ان شخصيات معينه مهيأة أكثر من غيرها لحالة الإدمان حتى تخفض درجة التوتر وعدم التوافق، وفي ما يأتي أهم تلك الشخصيات المهيأة للإدمان:

شخصيه سويه ناجحة متوافقة اجتماعيا، متعلمة لكن مرت بظروف بيئيه شديدة، مثل وفاة شخص عزيز أو فقدان أموال أو فقدان مركز أو وظيفة ... الخ، مما جعلها تلجأ للخمر بوصفه وسيله لتخفيف آلامها.

شخصيه عصابية مع خجل شديد، ونقد ذاتي مستمر وقلق واضح، وشعور بالنقص مع وجود بعض الوساوس القهرية، ويحاول هذا الفرد الهروب من هذه النقائض بالالتجاء إلى الخمر حتى يستطيع موجهة العالم الخارجي.

شخصيه ذهانية: يلجأ مريض الاكتئاب الذهاني إلى الخمر لمقاومة الأرق والشعور بالإثم وقلة تقدير الذات (الشعور بالدونية)، والبعد عن الأفكار الانتحارية، والإحساس باليأس والضياع، كذلك كثيرا ما ينغمس مريض الفصام في الخمر للحد من الشعور بالهذاءات الاضطهادية والهلاوس التي تحاصره مسببة صعوبة توافقه الاجتماعي.

شخصيه سايكوباثية أو عاجزة أو غير متزنة ذات سمات عدوانيه وسلوك مضاد للمجتمع، واضطراب في العلاقات الاجتماعية والعاطفية والأسرية، ويكون إدمان الخمر احد صفات هذه الشخصية.

ولهذا السبب يجب اخذ العوامل النفسية، وشخصية المريض في الاعتبار عند تشخيص إدمان الخمر. لان ذلك من شانه ان يساعد كثيرا في عملية العلاج ومصير الإدمان.

العوامل البيولوجية:

يمكن القول ان تأثير هذه العوامل يأتي بعد ان يكون الفرد قد اعتاد على تناول الكحول فتره من الزمن، وبنفس الوقت يمكن القول ان هذه العوامل، فضلا عن العوامل الاجتماعية والنفسية التي هيئت الفرد للإدمان، تكون من الأسباب المهمة التي تجعل العودة إلى نقطة الصفر (فتره قبل الاعتماد) صعبه جدا. والسبب في ذلك يبدو ان مدمن الخمر تختزن الكحول في جسمه بطريقه خاصة، بل ويعتمد عليه الجهاز العصبي في غذائه بحيث يصبح الكحول عاملا أساسيا في سلامة الجهاز العصبي للمدمن. ومن هنا نفهم الإلحاح الدائم لشرب الخمر عند هؤلاء المدمنين، ويفسر أيضا قابلية البعض للإدمان والبعض الأخر للشرب

المعتدل. من جانب آخر يؤدي الاعتماد الفسيولوجي إلى دخوله الحلقة المفرغة، ذلك ان الإفراط في الشراب يؤدي إلى اعتماد أو عجز فسيولوجي مما يؤدي بالفرد إلى زيادة جرعة التعاطي بوصفه وسيله لمواجهة الاعتماد أو العجز الفسيولوجي، أو لتجنب الأعراض الناتجة عن عدم التعاطي وعلى هذا فان كل تعاطي يكون بمثابة تعزيز للإدمان وتثبيت له.

مراحل إدمان الخمر

تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان WHO

هو الحالة النفسية أو العضوية التي تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع الدواء (العقار) ومن خصائص الإدمان ظهور أنماط سلوكية واستجابات مختلفة تشمل، دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتلافي الآثار المقلقة الناتجة عن عدم توفره (رياض، 1998، ص99).

علما ان سلوك الإدمان على تعاطي الخمر يمر بالمراحل التالية وهي:

مرحلة ما قبل الإدمان: وهي الإسراف في تناول الخمر زيادة عن الاستعمال العادي.

مرحلة الإنذار بالإدمان: تتميز هذه المرحلة بظهور العلامات الآتية:

نوبات من النسيان التام لما حدث أثناء الإسراف في شرب الخمر في صباح اليوم التالي.

شرب الخمر بانفراد ودون الصحبة العادية.

الشرب قبل الحوادث أو المواعيد الهامة.

الشرب صباحا لخفض درجة التوتر ولتقليل شدة اهتزاز الأطراف خصوصا اليدين، والتي تمنع أحيانا الرجل من التمكن من حلق ذقنه.

نوبات من الإغراق في الشرب رغم المقاومة الشديدة.

مرحلة إدمان الخمر، وتتميز بالاتي:

عدم القدرة عن التوقف من الشرب لمده أكثر من(24) ساعة وبجهود و مقاومه شديدة تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع.

عدم القدرة على التحكم في كمية الشراب، فان بدأبالشرب فلن يتوقف إلا وهو مخمور.

أضرار الكحول على أجهزة الجسم

1. أضرار الكحول على الجهاز التناسلي والنسل:

أثبتت الدراسات ان الكحول يخفض من حجم الخصية ووزنها، حيث اظهر ان الفحص المجهري لأنسجة الخصية في مثل هذه الحالات وجود انحلال أو فقدان كلي للخلايا التي تتكون منها الحيوانات المنوية.

يزيد الكحول من أعراض تضخم البروستاتا تفاقما، بما يسببه من احتقان في الدورة الدموية، فالمصاب بتضخم البروستاتا مثلا يصاب باحتباس في خروج البول بعد احتسائه للنبيذ أو البيرة، وقد يعجز نتيجة لذلك عن التبول إلا بمساعدة الطبيب.

إدمان الكحول يحول مؤقتا أو بصوره دائمة دون تمكن الحيوان المنوي من إخصاب البويضة. وقد يسبب الإدمان ضعف أو فقدان الحيوان المنوي مما يؤدي إلى العقم.

أما تأثيره على المبيض لدى الإناث فيكون تأثيره مشابه لتأثيره على الخصيتين في الذكر، فالكحول يسبب ضمور المبيض وعلى الأخص قشرته المحتوية على البويضات، مما يسبب العقم وفقا لدرجة شدة الإصابة. وقبل حدوث العقم يضطرب انتظام الحيض ويزيد النزيف أو يقل، كذلك يسبب الكحول الإسراع في الوصول إلى سن اليأس (انقطاع الحيض).

أثبتت الدراسات ان الكحول يحدث انحلالا في بعض أنسجة الثدي لدى المرأة وينخفض إفرازاته من الحليب عند الإرضاع.

قد يصاب الحيوان المنوي بأضرار ينعكس أثرها على الجنين، فيتعرض للموت في بطن الأم أو بعد الولادة أو في سنين الطفولة المبكرة أو يظل نموه معتلا. كما يمكنان ينتج مولودا مشوها أو يصاب فيما بعد بأمراض عصبيه أو عقليه.

أشارت الدراسات إلى ان الجنين في بطن الأم يمكن ان يتسمم في بطن أمه بالكحول إذا تعاطته الأم أثناء فترة الحمل، كما يمكن ان يتسمم الرضيع أيضا بالحليب الذي يرضعه من أمه إذا تعاطت الأم الكحول خلال فترة الإرضاع، أنظر شكل (7).



شكل (7)

يوضح تناول الأم الحامل للتدخين وأضرار ذلك على الجنين

الضعف الجنسي من المعروف ان المدمنين على الخمر تضعف قدرتهم على ممارسة النشاط الجنسي، ويكون ذلك نتيجة للخدر العام من جانب، ومن جانب أخر، بسبب الاضطرابات النفسية التي تطغى على حياة المدمنين.

2. أضرار الكحول على الجهاز العصبي

أن تعاطي الكحول يقلل من امتصاص الجسم لفيتامين (B) المسئول عن سلامة الأعصاب، مما يؤدي إلى التهاب وضمور الخلايا العصبية، وكذلك يعمل الكحول على تحذير المراكز العليا في الدماغ، مما يفقد المخ القدرة على كبح أفعال الإنسان، ومن ثم يمتد التأثير إلى المخيخ (مراكز التوازن والكلام والأفعال الحيوية المهمة الأخرى) والنخاع المستطيل.

يؤدي إلى خدر عام في الجهاز العصبي، مما يتسبب في ضعف انتباه الشخص وكذلك ضعف يقظته وتركيزه للمنبهات التي تعترض سبيل سلوكه الحركي والعقلي، والتردد في إخراج مقاطع الكلام ونبراته.

ضعف سيطرة المدمن على انفعالاته، حيث يثور لأتف الأسباب ويقل احترامه للمواقف التي يفترض تجنب الانفعال فيها.

يسبب اضطراب في بعض الأجهزة كالغدة النخامية، مما يسبب أضرار بليغة جدا في النمو العام للفرد، كون ان هذه الغدة لها دور أساسي ومهم جدا في هذا الجانب.

3. أضرار الكحول على العضلات

أشارت الدراسات إلى ان إدمان الكحول يؤدي إلى تدني كفاءة العضلات بنسبة(16-17٪) أنظر شكل (65). ففي إحدى التجارب طلب إلى شخص الصعود إلى مكان معين في الجبل فأنجز ذلك ووصل المكان بعد ساعتين وأربعين دقيقه، ولما أعيدت التجربة ثانية بعد إعطائه الكحول وصل الشخص إلى نفس المكان في الجبل بعد ثلاث ساعات وخمس دقائق. مما يعني ان أكثر عضلات الجسم تتعرض للضعف هي عضلة القلب.



شكل (8)

يوضح أضرار الإدمان على العضلات

كذلك أوضحت الدراسات ان إدمان الكحول له تأثير سلبي على انجاز الأعمال الدقيقة، ففي إحدى الدراسات طلب من شخص إدخال خيط رفيع في ثقب الإبرة وهو في حالة تعاطي، لكنه فشل في ذلك بسبب فقدان التناسق بين العضلات التي تشترك في أداء الأعمال الدقيقة.

يؤدي الإدمان إلى ضعف القدرة على التوازن في المشي، وفي الحديث، فيترنح في مشيته. لهذا السبب فهو يشعر بالكسل وضعف حيويته العامة.

4. **أضرار الكحول على الجهاز البولي**

ان الجزء الأكبر من الكحول الذي يصل إلى الجسم يحترق بداخله تاركا الجزء الأصغر بغير احتراق لتفرزه الكلي مع البول إلى الخارج. فالتأثير المباشر للكحول على الجهاز البولي يظل لذلك ضئيلا، ولكن الكحول عند

وصوله إلى المثانة يمكث فيها طويلا ويخف تركيزه تدريجيا بإفراز البول المستمر.

في حالات التسمم المزمن في الكحول (الإدمان) تظهر على الكلى أعراض التهاب خاصة حيث يعتريها شيء من الضمور، وتكتسب لونا احمر، وتسمى حينئذ (الكلية الكحولية). وللكحول خاصة النبيذ الأبيض فعالية لا يستهان بها في إحداث المغص الكلوي عند وجود حصوة في المسالك البولية.

في حالات الإدمان تتزايد نسبة حمض البوليك في الدم، وبالتالي تزداد فرصة الإصابة بمرض النقرس (التهاب المفاصل)، كما ترتفع نسبة حمض اللبنيك (حمض اللاكتيك) في الدم، فيصاب بفرط الحموضة، مما يضعف من قوة الدم الدفاعية تجاه التسمم وعدوى الجراثيم.

5. أضرار الكحول على الجهاز الدوري والكبد.

بسبب التسمم المزمن بالكحول (الإدمان) هبوط نسبة الهيموجلوبين في الدم، وعلى الأخص عند وجود اضطرابات في المعدة والأمعاء والكبد من جراء الإدمان، وذلك لان الكحول تحول دون امتصاص الحديد وتمثيله في الكبد. والمعروف ان الحديد عنصر أساسي في بناء الهيموجلوبين الذي يتولى بصفه أساسية نقل الأوكسجين من الرئتين إلى جميع خلايا الجسم في أثناء عملية التنفس.

وجد ان تعاطي الكحول لمرة واحده يزيد من عدد كريات الدم البيضاء، في حين ان تعاطي الكحول المتكرر (الإدمان) يسبب العكس، أي انخفاض في عدد تلك الكريات وقد يكون هذا ناتجا عن الأضرار التي يحدثها الكحول في الكبد. وعد انتظام دقات القلب.

يسبب الكحول عند إدمانه تلف الكبد، حيث تتجمع الكحول في خلاياه (التحليل ألدهني للكبد) وبالتالي يضعف أداؤه لوظائفه. وهو مرض معروف باسم تشمع الكبد. ويؤدي تعاطي الكحول بكثرة إلى تصلب الشرايين.

من الخطأ الاعتقاد ان تعاطي الكحول يعمل على تدفئة الجسم، إذ ان الكحول يتسبب فقط في نقل بعض حرارة الجسم من داخله إلى سطحه عن طريق تمدد الأوعية الدموية تحت الجلد وتدفق الدم فيها مما يشعر الإنسان بالدفء. ولكن الإنسان يتعرض إلى فقدان الكثير من الحرارة (بالإشعاع) مما يترتب عليه انخفاض في درجة حرارة الجسم.

يعد السرطان ثاني مسبب للوفاة لدى مدمنين الكحول وان نسبة الإصابة بالسرطان أعلى عشر مرات عند متعاطي الكحول من بقية الناس الذين لا يتعاطونها، ويحدث السرطان في الكبد والبنكرياس والمريء والمعدة والرأس والتهاب المعدة والبنكرياس.

تزداد عند المدمن نسبة الحامض المعدي، وينتج عن ذلك معاناة الشخص من الالتهابات المعدية المعوية.

6. أضرار الكحول على العلاقات الاجتماعية.

وهذه واضحة في جميع أوجه حياة المدمن، فتسوء علاقته مع العائلة ويصبح عنيفا في علاقته مع زوجته مما يشجع على الانفصال أو الطلاق، و يهمل ذاته وعمله ويقل إنتاجه وتسوء علاقاته مع زملاء العمل، وتهبط الثقة بقابليته، ويبدأ بالانعزال ويفقد الكثير من اهتماماته وطموحه كذلك تضطرب علاقته مع الآخرين في المجتمع.

العوامل النفسية والاجتماعية التي تساعد على الإدمان

1. العوامل الاجتماعية

انالتطور المجتمع مع ما يقدم من وسائل ترف وسرعه في الاتصال وتحسن في كل مجالات الحياة إلا ان ذلك لا يمكن ان يمر دون ان تكون له سلبياته. فعلى سبيل المثال أصبح في المجتمعات المتطورة تعاطي الخمور يمثل جزءا أساسيا من الحياة اليومية في عدد من المجتمعات ومنها المجتمعات الغربية، فضلا عن انه يوشك ان يعم بقية المجتمعات. إذ قد اعتاد الأطفال رؤية والديهم وهم يتعاطون الخمور دون الشعور بالحرج، وأصبحت إقامة حفلات المرح التي يتخللها شرب الكحول بمثابة تقليد اجتماعي معترف به في تلك المجتمعات. لذلك يرى المختصين في دراسة ظاهرة الإدمان في المجتمع بإطاره العام وفقا لمتغيراته يمكن ان يشجع على إدمان الخمر ومن هذه المتغيرات:

درجة الضغط والتوتر الداخلي الذي يصاب به الفرد نتيجة لتطور المتسارع في المجتمع الحديث.

اتجاه الأفراد نحو تعاطي الخمور دون ان يكون ثمة اعتراض على هذا النوع من السلوك، وهذه المرونة تأتي من باب ما يدعى بالتطور / أو من باب الحرية الشخصية. وفي الحالتين لا تخلو الظاهرة من سلبيات.

شيوع الفكر المادي واضمحلال الرباط الروحي بين الأفراد، مما يدفع الأفراد إلى التخلص من التوتر الناتج من المشاكل المادية والاجتماعية المستمرة والمتراكمة التي تواجههم بالهروب منها من خلال تناول الكحول.

2. العوامل النفسية

تحدثنا في فقرة العوامل البيولوجية كيف اعتاد الجهاز العصبي وأنسجة الجسم على وجود الكحول في الجسم وصولا إلى الاعتماد الفسيولوجي، وأيضا الجانب النفسي فان الإفراط في التعاطي من شانه ائتلاف توافق الفرد مع بيئته

الاجتماعية، لانه يؤدي إلى تحطيمصحته الجسمية، وعلاقاته الزوجية والأسرية من حيث دوره كاب مما، يجعله يفشل في إقامة علاقات بناءة (متوافقة) في داخل أسرته أو خارجها، وعلى هذا الأساس فان الكحول تستخدم في عدة أغراض نفسية وهي على النحو الآتي:

أ. حتى يستطيع الفرد ان يقاوم الشعور بخيبة الأمل أو الآلام في حالات الطلاق أو الفشل في الحب. بل يؤدي به الخمر إلى شعور خادع بالسعادة بالتخلص من المشكلات التي يكابدها يلجأ إلى تناول الخمر.

ب. لتحسين الروح المعنوية الناتجة عن الشعور بالوحدة (العزلة) وهذا يلاحظ بوضوح في رواد أماكن تناول الكحول.

ج. يتعاطاه لكي يستحضر الفرد شجاعته عندما يتعين عليه القيام بدور ما، يشعر في مرارة نفسه عدم قدرته على الأداء بسبب ضعف ثقته بالنفس.

د. لتخفيف الضوابط الأخلاقية، بحيث يمكن للفرد الانغماس في أعمال منافية للأخلاق أو الآداب دونما حرج أو شعور بالذنب. وهذا يعني ان الكحول يساعد الفرد على الفرار من الواقع المؤلم لكن للأسف هو فرار مؤقت.

(بأي ذنب قتلت)
أب يقتل طفله تحت تأثير المخدر

شكل (9)

يوضح النتائج الوخيمة العواقب بسبب الإدمان

الأمراض العقلية المرتبطة بالإدمان

يمكن ان يصلب المدمن على تعاطي الكحول بعدة أمرض عقلية فضلا عن الأمراض الجسمية التي تحدثنا عنها سابقا وهي على النحو الآتي:

الاضطرابات الحادة:

وعاده تبقى وقتا قصيرا وتشتمل على الاضطرابات والإثارة والهلاوس ويمكن تقسيمها على النحو الآتي:

أ. التسمم الكحولي:

تظهر حالات التسمم الكحولي في الحالات المتقدمة لتشمع الكبد، بسبب تسرب بعض المواد الزلالية السامة (خاصة مادة الامونيا) إلى الدورة الدموية حيث تنتقل إلى الجهاز الهضمي. وتحدث هذه المواد السامة تلفا في المخ وأغشيته، ويؤدي

ذلك إلى اضطرابات عقلية وعصبية تعقبها اعتماءه عميقة، إلا ان المريض قد يفيق من حالة الإغماء بالعلاج ولكنه سريعا ما ينتكس وتعود إليه الحالة كما كانت، مع تدهور مستمر في صحته العامة إلى ان ينتهي الأمر بالوفاة بسبب ما يسمى بالتسمم الكحولي أو التسمم الآموني (الغنيم والبهبهاني، 1997، ص797)، ويلاحظ من أهم الأعراض التي تحدث أثناء الغيبوبة، هي نقص درجة حرارة الجسم، التنفس العميق، النبض الضعيف، انخفاض توتر المنعكسات العصبية زرقة الجسم أحيانا، احتباس البول مع رائحة الخمر تفوح من الفم والتنفس (عكاشة، 1984، ص202).

ب. الهتر/ الرعاش أو الهذيان ألارتعاشي Delirium Tremors

وهو من أشهر الأعراض الناجمة عن الإدمان الكحولي، ويحدث هذا العرض عند الأفراد اللذين يفرطون في التعاطي لمدة طويلة. وهو يعقب مقاومة تعاطي المسكرات لمدة طويلة أو عند التوقف عند تعاطيها بعد هذه المدة الطويلة، ويسبق الهتر فترة من القلق والأرق. ويشعر بالأصوات الخفيفة أو الحركات الفجائية القريبة منه وكأنها تحدث له اضطرابا شديدا. ومن أعراض المرض أيضا انعدام القدرة على تحديد الزمان والمكان فهو يخطئ مكان غرفته في المستشفى، كما يصعب عليه معرفة الأشخاص المحيطين به خاصة الأصدقاء، كذلك يشعر المريض بالخوف والفزع وتظهر عليه أعراض الهلاوس البصرية. وعادة ما يستمر الهتر لمدة تتراوح من (3-6) أيام ثم يتبعه نوم عميق، وبعد الاستفاقة من النوم تخف حالته ويترك الخمر لمدة قصيرة (أسابيع أو أشهر) إلا انه غالبا ما يعود إليه، وبالتالي يعود إليه المرض مرة ثانية.

ج. الهلاوس الكحولية الحادة

تحدث كجزء من الهذيان تحت الحاد، وهي أكثر ندرة من الهذيان ألارتعاشي. وتكثر الهلاوس السمعية، والخداع، والأفكار الاضطهادية. وتختفي الأعراض المرضية بعد التوقف عن شرب الكحول، لكن حالة الهلاوس تستمر

عادة لعدة أيام أو عدة أسابيع يعاني فيها المريض من الاكتئاب Depression، وبعد انتهاء الحالة (بعد الشفاء) يكون المريض على شيء من الاستبصار بما سبق وعانى من هلاوس أثناء مرضه(عوض، 1986، ص180).

د. ذهان كورساكوف

الطبيب الروسي ((كورساكوف)) أول من أشار إلى هذا المرض عام(1887)، وهذا الاضطراب عادة ما يكثر بين المدمنين من كبار السن الذين قضوا حينا من الدهر يعاقرون الخمر أو المسكرات. في هذا الاضطراب تتعرض الأجسام الحلمية في الهايبوثلامس وبعض مناطق المخ المتوسط إلى نزيف وتلف في الخلايا العصبية، ويظهر على المرضى المصابين بذهان كورساكوف أعراض فقد الذاكرة للأحداث القريبة، ويكاد يكون هذا العرض من أكثر الأعراض ظهورا في ذهان كورساكوف. ويصاحب عادة الأعراض العقلية التهاب بأطراف الأعصاب وتأثر القلب، والكبد، والمعدة. ويتحسن المريض بالعلاج تحسنا بسيطا، ولكن عادة ما تتدهور حالة المريض بعد ذلك بسرعة(عكاشة، 1984، ص305).

الاضطرابات المزمنة:

تحدث نتيجة الاستمرار والإسراف في تعاطي الكحول وبصفة أسلوب للتكيف مع مشاكل الحياة، وعادة ما يصاحب ذلك تدهور عام في الشخصية مع انحلال تدريجي سواء من الناحية العقلية أو الخلقية، وتحدث اضطرابات في الذاكرة والحكم والقدرة على التركيز. ويكون المدمن مضطربا ويتصرف دون تردد ويحاول التقليل من المسؤوليات التي يتحملها، ويفقد الاهتمام بمظهره ويتجاهل أسرته ولا يهتم إلا بتناول الكحول مما يحول حياة أسرته إلى جحيم.

وقد يحاول ان يخفي حالته عن الآخرين إلا ان قدرته تلك على إخفاء حالته تتناقصتدريجيا بمرور الزمن، وقدرته على التحكم بنفسه تختل بصورة خطيرة

ولا يستطيع الاستمرار في عمله بنفس كفائتة، ولا يستطيع ان يتواءم مع الظروف المحيطة به ويبدو عليه الرغبة الدائمة والشعور الدائم بالغثيان والاشمئزاز، أي يكون في حالة مرض شديد سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو كلاهما معا.

آفة القتل البطيء .... المخدرات



شكل (10)

نبات زهرة الخشخاش التي يستخرج منها بعض العقاقير المخدرة

أهمية موضوع المخدرات.

بدا ينتشر الآن. لان مخطط له أن يكون كذلك، إذ لا يمكن ان تقتصر الأوضاع الآن في العراق على مسألة نشر ما يسمى بالديمقراطية، بدون جعل أبناءه

غارقين في الكثير من المغريات ومنها المخدرات لإشاعة الميوعة في أوساط فئة الشباب.

أشارت إحدى الدراسات المحلية التي نشرت في عام (2007) إلى وجود أكثر من (14000) مدمن في العراق. ووجدت ثلاث مزارع للمخدرات: واحدة في منطقة اليوسفية في محافظة بغداد، والثانية في منطقة الكفل في محافظة بابل، والثالثة في محافظة ديالى (جريدة المدى، 2009، ص5).

لا يميز بين صغيرا وكبير. أيضا هذا أحد مؤشرات خطورة أهمية موضوع المخدرات، إذ يمكن ان نجد إدمان المخدرات بين الأطفال والمراهقين وخصوصا الأطفال منهم(بعمر 9-13 سنة) اللذين يعملون في الورش، فهم بعدين عن مراقبة ذويهم، فضلا عن امتلاكهم للمال الذي يساعدهم على شراء العقاقير المخدرة، وكونهم صغار فهم لا يدركون مخاطر إدمان هذه العقاقير، فضلا عن ان الوسط الذي يعملون فيه يشيع فيه هذا النوع من التعاطي... الخ.

1. لا يميز بين فرد بسيط ولا طبيب. كذلك هذه من مؤشرات خطورة وأهمية موضوع المخدرات، فهي منتشرة بين الناس الأميين البسطاء (الفقراء)، وبين الناس الذين هم على درجة من الثقافة والوعي إذ يوجد المدمن بين الأطباء والفنانين ولاعبي الرياضة والسياسيين، والأغنياء.
2. لا يميز بين ذكر وأنثى، فالإدمان يمكن ان ينتشر بين الذكور والإناث.
3. لا يميز بين مجال وآخر فهو الآفة الوحيدة التي تضر بكل مجالات الحياة، وهي:

أ. الصحية العامة فهو سالب العقل والروح.

ب. حيث تسوء علاقاته الاجتماعية بأفراد العائلة والزوجة، والآخرين.

ج. اقتصادية، آثاره سلبية على ميزانية الفرد كونه يستنزف مورد الفرد المادي بل قد يدفعه إلى ان يستدين المال أو يبيع كل ماعنده حتى بيته إلى ان ينتهي الأمر به إلى ان يصبح بدون مأوى لأنه يصبح عبد مطيع لتأثير العقاقير المخدرة.

4. مهنية مؤثر على أداء الفرد وعلى الإنتاج بشكل عام بسبب ما قد تحدث من أخطاء تهدد سلامة الفرد الجسمية أو أضرار تهدد مكان العمل بسبب إهمال المدمن كونه يعاني منضعف درجة الانتباه مما قد تقع كوارث لا تحمد عقباها.

5. لا يميز بين جنين ومولود(فهو يهلك الحرث والنسل). هذا يعني ان الأم الحامل التي تتعاطى العقاقير المخدرة تلحق أضرار سلبية خطيرة بالجنين فقد يصابون بالتخلف العقلي أو العيوب الجسمية، وقلة الوزن. وإذا كتب له ان يولد ويبقى على قيد الحياة يكون عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض.

6. لا يميز بين حياة وآخرة (فالمدمن خسر الدنيا والآخرة). فحياة المدمن بلا معنى، وبلا قيمة في المجتمع، فضلا عن انه سيعاقب في الآخرة عن ما أرتكبه من ذنوب في دنياه، وفقا للآيات القرآنية الكثيرة في هذا المجال التي جاء فيها الأمر الشرعي بالنهي عن تعاطي هذه العقاقير... ﴿رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ ٱلشَّيْطَٰنِ فَٱجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾، ﴿وَلَا تُلْقُوا۟ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ﴾.

تاريخ العقاقير المخدرة والمنشطة

أولا: الأفيون

عرفت الحضارة السومرية منذ ما يقارب سبعة آلاف عام قبل الميلاد خصائص التخدير في نبات الأفيون كما هو مدون في لوحة سومرية عام (4000 ق م). كذلك عرف قدماء المصريين منذ (1500 ق م)الأفيون بصفة عقار

يمنع بكاء الأطفال، كما جاء ذلك في بردية ايبرس التي اكتشفت عام (1873م). وعرف الأفيون في الإمبراطورية الإغريقية والرومانية والذي أشار إليه هوميروس في الأوديسة. حيث استخدمه جالينوس وهو أحد أطباء الإغريق في علاج الصداع والحمى وأمراض أخرى، وأشار إلى انه كان يخلط بالسكر ويباع في الأسواق.

واستخدمه ووصفه الأطباء العرب إبان ازدهار الحضارة الإسلامية كما وصفه البيروني في كتابه الذي صدر عام (1000) بعد الميلاد، حيث شرح فيه أعراض الإدمان عليه، واستخدمه ابن سينا للأغراض العلاجية. ثم انتقل استخدامه إلى أوربا فقد أشار إلى استخدامه الطبيب الانكليزي سيدنهام. واستخدم في القرن الثامن عشر على شكل مركب أسماه (لاودانوم).

وفي عام (1806)م قام مساعد صيدلي ألماني بعزل مادة المورفين من الأفيون. وفي عام (1833)م صنعت الحقن الطبية، وبواسطة هذه الحقن أصبح من الممكن إعطاء المورفين للفرد من أجل تسكين الألم.

ثانيا : الهيروويين

في عام (1798) م عرف الناس ان استخدام المورفين يؤدي إلى الإدمان. مما دفع الأفراد المشتغلين في مجال أبحاث هذه العقاقير إلى محاولة إيجاد عقاقير بديلة لا تسبب الإدمان. حيث اكتشف عام (1874) عقار اسمه أستيل المورفين. وكذلك أعلن أحد علماء شركة هيلاش درسر الألمانية اكتشاف مشتق جديد له خواص المورفين وأطلق عليه أسم لاتيني يعني البطولة ((هيروئين)). غير انه اكتشف أيضا ان العقار الجديد يسبب الإدمان. بل الأسوأ من ذلك اكتشف ان الهيروين أكثر خطورة من المورفين وتعادل جرعته ثلاثة أضعاف المورفين بسبب وصوله بسرعة للمخ. وبسبب تأثيره القوي والسريع في إحداث الإدمان، جعل الدول تعقد اتفاقيات دولية لتحريم صنعه إلا لأغراض طبية محدودة.

ثالثا : المورفين

هذا العقار هو أحد مشتقاتالأفيون، وجاء أسمه من اللغة اليونانية القديمة ((مورفيوس)) أي اله النوم والأحلام عند الإغريق. وأول من أكتشفه العالم الألماني فريدرك سرترنز. وأيضا في عام (1806) أكتشفه الكيميائي الفرنسي سيجان وهو أحد العملين في جيش نابليون. واستخدم في علاج ألام الأسنان والآلام الناتجة عن الأمراض المتنوعة. ومنذ عام (1875- 1914) انتشر الإدمان على المورفين بشكل واسع بين متعاطيه.

رابعا : الكوكايين Cocaine

وهو عبارة عن مادة منشطة على هيئة مسحوق أبيض يستخرج من أوراق شجر الكوكا والمنتشرة في بيرو وبلدان أمريكيا الجنوبية. أكتشف نبات الكوكا عام (1553) في أمريكيا الجنوبية بواسطة الأسبان. ويعد الكوكا أشد المنشطات الطبيعية. حيث يمضغه الأهالي أو يضعونه مع الشاي ويشربونه للانتعاش والتغلب علي التعب. وفي عام (1856) استخلص الكيميائي الفرنسي انجلو مارياني عصارة نبات الكوكا وساد الاعتقاد حينئذ أن مشروباتها تعالج كل الأمراض. وفي عام (1884) استخدم الكوكايين بصفة مخدر موضعي لأول مرة في عمليات العيون وكانت مادة الكوكابن النقية قد عزلت عن النبات عام(1880) وكانت تستعمل كمخدر موضعي في جراحات العين والأنف والحلق لأن هذه المادة تضيق الأوعية الدموية وتمنع النزيف. وحاليا لا يستعمل الكوكايين في العلاج. والكوكايين مسحوق أبيض و يضاف مسحوق السكر له أو مادة الليدوكايين lidocaine المخدرة موضوعيا لتخفيفه ولغشه. والكوكايين هيدروكلوريد يستنشق كمسحوق أو يذاب في الماء للحقن بالوريد أو يدخن ويعطي تأثير الحقن عبر الرئة. ولكن في عام (1906) ولخطورته بسبب آثار سلبية الكبيرة استبدل بعقار جديد اسمه البروكايين. ومنذ ذلك التأريخ وحتى عام (1914) صدرت تشريعات طبية باعتبار الكوكايين من العقاقير

الخطرة ولا يصرف إلا بوصفة طبية. لثبوت آثاره السلبية الضارة، ومنها على سبيل المثال يلاحظ ان الذين يدخنون الكوكايين يعانون من قصر التنفس وآلام صدرية مبرحة نتيجة جرح الرئة ونزيفها. والكوكايين يصل المخ في مدي (3- 5) دقائق وبالوريد في (15– 30) ثانية

.(www.wikipedia.org wk Arabolic_Steroid 2009)

خامسا: القات Khat

عبارة عن الأوراق الصغيرة التي تقطف من شجيرة القات. وتستهلك حيثما يزرع نبات القات في شرق أفريقيا وشبه الجزيرة العربية. فيمضغ للتغلب علي التعب ويقلل الشهية والإدمان عليه قد يسبب الهلوسة. والقات يحتوى عناصر كيماوية أهمها الكاثينونcathinone والكاثين cathine. وعندما تعمر الأوراق تتحول مادة الكاثينون إلي كاثين ويقل تأثيرها المنشط.

سادسا: الأمفيتامين Amphetamine

عرف عام (1930) بصفته دواء للشم لعلاج احتقان الأنف والزكام. وفي سنة(1937) أنتج الأمفيتامين كأقراص لعلاج النوم، وكان المحاربون في الحرب العالمية الثانية يتناولونه للتغلب علي الإجهاد وحتى يمكن ان يبقوا يقظين أطول فترة ممكنة. وفي(1960) شاع استعمال الأمفيتامين بين سائقي الشاحنات ليظلوا يقظين في المسافات الطويلة و لإنقاص الوزن واقبل عليه الرياضيين لتحسين أدائهم وتحمل التمارين الشاقة. وتأثير الأمفيتامين يشبه تأثير الكوكايين ولاسيما مثيأمفيتامين methamphetamine. لكن مفعوله أبطأ وتأثيره أطول علي الجهاز العصبي المركزي. ومع طول التعاطي يولد حالة شيزوفرينيا schizophrenia.

سابعا: الكافايين Caffeine

مادة منشطة خفيفة حيث تجعل الشخص يقظا ومنتبها. ويعد الشاي والقهوة ومشروبات الكولا أهم مصادر الكافيين. ويمكن شراءه كأقراص. وفنجان

القهوة فيه من(65 – 115) ملليجرام مادة الكافيين، وفنجان الشاي فيه (60) ملليجرام كافايين، وزجاجة مشروب الكولا تحتوي على (30 – 60) ملليجرام كافايين. والإفراط في تناول الكافيين يسبب القلق والصداع والأرق. لكن الكولا تسبب هشاشة العظام لوجود حامض الفوسفوريك الذي يرسب الكالسيوم ويمنع امتصاصه بالأمعاء. كما أنه يسبب الإدمان .www.wikipedia.org wk Arabolic_Steroid 2009)

ثامنا: الأفدرين Ephedrine

مادة تستخدم كمنبه وتوسع للقصبات الهوائية. ويستخدمها الرياضيون لزيادة التحمل في الألعاب التنافسية الرياضية(www.wikipedia.org wk .(Arabolic_Steroid 2009

تاسعا: العقاقير المهدئة والمنومة

وتشمل هذه العقاقير المهدئات بأنواعها والمنومات وهي جميعا من العقاقير المحظورة في مجال الرياضة. ومن أشهرها الباربتيورات وهي من مشتقات حمض الباربتيوريك والتي أكتشفها العلم الألماني باير عام (1862) وسماه بهذا الاسم نسبة إلى القديسة سانت باربرا، أو نسبة إلى ساقية تعمل في حانة بمدينة ميونخ وتسمى باربرا. وفي عام (1903) استخدمت الباربتيورات لأول مرة في الطب. وخلال عدة سنوات اكتشفت العديد من المشتقات الأشد فاعلية(رياض، 1998، ص106-109)

وباختصار يمكن ايجاز اسباب الادمان سواء على الكحول أو المخدرات بالنقاط الآتية:

اضطرابات الشخصية... (شخصية سابقة)

الانحرافات الخلقية.. وبالذات الانحرافات الجنسية حيث يعتمد المنحرف جنسيا إلى الهروب من الواقع الذي لا يشرفه ولا يعتز به باللجوء الاستمرار إلى تعاطي المخدرات حتى يصبح أسير لها...

قيم المجتمع وعاداته... (سهولة الحصول على المخدر، ضعف في القانون أو في تطبيقه، عوامل بيئية)

التركيب العائلي...(عوائل مفككة لاهية) الام منشغلة مع صديقاتها في نوادي الرشاقة (تحاول يائسة وبدن جدوى استرجاع جمالها الذي سلبته اياها سنين الحمل والرضاعة، والاب غارق بمشاريعه التجارية ومغامراته مع الصبايا المتربصات لفلوسه الذي يصرفه عليهن بدون وجل خاصة ان كان مصدر المال.....وهم في ايامنا كثر.

أصدقاء السوء...خاصة في مرحلة المراهقة حيث يميل الفرد إلى التحرر من كل سلطة، البيت المدرسة، السلطات الاجتماعية ويخضع لسلطة واحدة هي سلطة الشلة..

مصائد المغفلين 000(يوضع المخدر للشخص بدون علمه أما في السكائر أو في ما يسمى بالنركيلة (الشيشة) بقصد توريطه ، وتدريجيا أصبح مدمنا أسير المخدرات)

وجود الضغوط النفسية: توجد علاقة طردية بين الضغوط والتطور في المجتمع... (بطالة.. الحروب.. الامراض النفسية.. عصر القلق... زيادة مطالب الحياة.. النكبات المفجاءة.. فقدان شخص عزيز...التعرض المستمر للاحباط..

المصادر المساعدة على الإدمان :

التدخين..... نسبة الإصابة بالسرطانCANCERلدى المدخنين ومدمني الكحول والمخدرات هي عشرة أضعاف نسبة الاصابة لدى غير المدخنين.

النركيلة(الشيشة).

سهولة الحصول على العقاقير المهدئة التي تباع بدون وصفات طبية سواء من الصيدليات أو الأدوية التي تباع في الأرصفة

العلامات التي تدل على ان الشخص يتناول المخدرات

إذا كان الشخص في سن الشباب ويعاني من مشكلات في المدرسة أو الجامعة، وخصوصا إذا لم يكن يعاني هذه المشكلات من قبل.

عند الشخص الذي يبدأ يهمل أعماله أو مسؤولياته اليومية.

عند الشخص الذي انقطع عن أصدقائه القدامى. وبدا يخرج مع مجموعة جديدة من الأصدقاء.

عند الشخص الذي يقع في مشكلات مع الشرطة بشكل متكرر.

عند الشخص الذي يبدو مشوشا في أثناء المقابلة.

عند الشخص الذي يعاني اضطرابا نفسيا أو جسديا مرتبطا بإدمان المخدرات، وتعرضه للحوادث المتكررة أو وجود الإصابات الجلدية على الذراعيين، وذلك نتيجة تناول المخدر بواسطة الحقن الطبية.

إذا كان أحد أفراد العائلة قلقا بشأن تغير في سلوك الشخص (باتل، 2008، ص128).

إذا كان يعود في ساعة متأخرة للسكن (البيت).

بدأ مستواه الدراسي بالتدني بشكل مستمر.

زيادة فيما ينفقه من نقود مقارنة مما كان عليه سابقا، لدرجة وصل به الأمر إلى سرقة أي مبلغ من المال يمكن ان تطاله يداه. لأنه أصبح بحاجة مستمرة لزيادة كمية مادة المخدر التي يتعاطها مما يترتب عليه زيادة مقدار ما يحتاجه من نقود.

يمكن ملاحظة بعض العلامات الجسمية خاصة على يديه وذراعيه، مثل ازرقاق الجلد الناتج عن استعمال الحقن.

يمكن ان يظهر كثرة الرشح من الانف، وهي حالة اكثر وضوحا من حالة الرشح الطبيعية التي تحدث اثناء الاصابة بنزلات البرد.

وبالنسبة للأطفال من ضروري ان ننتبه لهم عند عودتهم من المدرسة، إذا كانت مشيته مترنحة (أي لا يسير بشكل منتظم)، ملاحظة وجود احمرار في العينين، أو وجود رشح من الأنف، ملاحظة طريقة كلامه إذا كان يفتقر للتركيز وغير مترابط.

سبل تقليل أو الحد من انتشار الإدمان على المخدرات:

ضرورة قيام الجامعات والكليات والمعاهد بعقد المؤتمرات، والندوات، وإقامة الحلقات النقاشية، وورش العمل عن مخاطر الإدمان على المخدرات.

قيام مؤسسات المجتمع المدني بعقد ندوات عن مخاطر الإدمان على المخدرات.

قيام مديريات التربية وبواسطة إدارات المدارس بتوعية الطلبة عن الإدمان على المخدرات، وهذه هي مهمة الرشد التربوي وإدارة المدرسة.

توجيه الجوامع والمساجد بتوعية وتثقيف الناس عن مخاطر الإدمان على المخدرات.

ضرورة بروز دور وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والمقروءةبهذا المجال.

نشر البوسترات و الصور الكبيرة في الساحات العامة والحدائق والمقاهي ومراب النقل والنوادي الاجتماعية والمستشفيات التي توضح مخاطر الإدمان على المخدرات.

العمل المشترك بين وزارة الداخلية عند إلقاء القبض على المدمنين ومساعدة أقسام الإسناد النفسي الموجودة حاليا في المستشفيات، لغض تقديم المساعدة المطلوبة لمن يقع ضحية لهذه العقاقير المدمرة للفرد والمجتمع.

ضرورة تشكيلة خلية استشارية مشتركة دائمة العمل ويفضل ان تلتقي شهريا لمناقشة كل المستجدات الجديدة بشأن المخدرات لوضع الاقتراحات والحلول أول باول قبل ان تستفحل المشكلة، ومن الضروري ان يتألف اعضائها

من اساتذة الجامعة من قسمي علم النفس وقسم علم الاجتماع، ومجموعة من وزارة الداخلية، ومجلس المحافظة، ووزارة الصحة.

المنشطات STIMULANT

ما من شك ان قدم اكتشاف العقاقير بكافة أنواعها المهدئة والمنومة والمخدرة، تعطي مؤشرا على قدم استعمالها أيضا. إذ دائما كان ولا زال وفق مبدأ الهيدونية ان الإنسان يبحث عن اللذة والشعور بالارتياح، ويتجنب الألم والشعور بالحزن والتعاسة. ولهذا فقد أستخدم الكحول للشعور بالارتياح من خلال النسيان المؤقت، واستخدم العقاقير المخدرة للشعور بالنشوة. لكن يجب ان لا يغيب عن البال ان الكثير من تلك العقاقير المهدئة والمنومة والمخدرة سواء الطبيعية أو المصنعة بالأصل من مواد طبيعية بمعاملتها أو خلطها مع مواد أخرى. في بداية الأمر كانت في جزء كبير منها لأغراض العلاج. إلا انه بمرور الوقت استخدمت لغير هدفها في العلاج فكان المتعاطي يتناولها لغرض الحصول على الراحة النفسية من خلال نسيان الضغوط والهموم أو استخدمها لاعتقاده انها تساعده في أداء أعمال معينة. إذ كثير ما نسمع من ان البعض، انه يتناولها لكي يستطيع ان يواجه الآخرين خاصة في الموقف التي يشعر انها تسبب له الإحراج أو يستعملها لتشعره بالقوة، والبعض يستعملها مدعيا انها تساعده على أداء عمله بشكل أسرع. إذ يدعون انها تقلل من الشعور بالتعب فيؤدي عمله دون تعب أو كلل. فبعض اليمنيين اللذين يتناولون القات (وهو مادة درجت ضمن المواد المخدرة) أنهم يتناولونها لأنها تساعدهم على أداء عملهم بدون تعب أو لتقليل الشعور بالنعاس أي انها تساعدهم على السهر. ومن هذا الفهم الخاطئجاء استخدام بعض المواد أو ما يسمى بالعقاقير المنشطة في المجال العسكري و الرياضي، ناسين أو متناسين ما لهده المواد من آثار سلبية جانبية تتراوح من إحداث خلل قليل في العمليات العقلية كالتذكر والانتباه والتركيز أو الشعور بالإرهاق

الجسمي بعد تعاطيها، إلى أعلى درجة من التأثير السلبي الذي قد ينتهي بالموت فيكون المتعاطي هو أول ضحية لها.

نبذة تاريخية

المنشطات حالها حال بقية العقاقير التي حاول ان يستخدمها الإنسان منذ القدم، إذ يعود استخدموها إلى الكهنة في مصر القديمة منذ حوالي ستة آلاف عام. حيث قدموها لملوكهم ليستطيعوا أداء المراسيم الرياضية التي كانت تقام احتفالا بتتويجهم. كما استخدمها الصينيون القدماء منذ نحو ثلاثة آلاف عام، كما استخدمها أيضا بعض قبائل شرق أفريقيا، فظهرت عندهم كلمة ((دوب)) كمزيج من الكولا والافيدرين وأنتشر استخدامها قبل أدائهم لطقوسهم الدينية الوثنية لضمان الاستمرار في أداء تلك الطقوس لأطول مدة ممكنة تقربا لتلك الآلهة المزعومة.

وفي وثائق مدونة لفولستراتوس وجالين ثبت فيها ان الرياضيين في القرن الثالث قبل الميلاد إبان مشاركتهم في الدورات الأولمبية القديمة فقد استخدموا كافة الوسائل والأساليب الممكنة بغرض زيادة قدراتهم البدنية. كما نجد وثائق أخرى تشير إلى استخدام سكان أمريكيا اللاتينية والشمالية القدماء لأنواع مختلفة من المنشطات المنبهة مثل القهوة وحتى الاستراكنين والكوكايين لزيادة لياقتهم البدنية وتأخر حدوث الإرهاق والجوع خلال المشي لمسافات طويلة، كما سجل المستعمرون القدماء ملاحظاتهم عن زيادة اللياقة البدنية لمقاتلي الهنود الحمر ومن قبائل الانكا التي مكنتهم من قطع المسافة بين عاصمتهم كوزكو Cuzcoومدينة Quito في الإكوادور في مدة خمسة أيام فقط مع مضغهم لأوراق نبات الكولا خلال تلك المدة. كما أشارت التقارير أيضا إلى استخدام قبائل غرب أفريقيا لنبات الكولا خلال مسابقاتهم التنافسية في الاحتفالات القبلية خلال ساعات المشي الطويلة.

وفي العصر الحديث عرفت أوربا استخدام الكافيين مخلوطا ببعض العقاقير كمنشط في القرن السادس عشر الميلادي، كما عرف النصف الثاني من القرن التاسع عشر الاستخدام المعروف للمنشطات في المجال الرياضي. فقد سجل العالم بيني عام(1865 م) استخدام السباحين الهولنديين للمنشطات قبل اشتراكهم في سباقات السباحة الطويلة.

وانتقلت العدوى باستخدام النشطات لرفع اللياقة البدنية من المجال الرياضي للمجال الحربي فاستخدمتها الجيوش البريطانية في الحرب العالمية لزيادة الكفاءة القتالية للجنود فاستهلكت كميات ضخمة من العقاقير المنشطة وخاصة((الامفيتامين)) ومشتقاته، كما استخدمها في نفس الحرب أيضا سلاح الطيران الألماني للاستفادة قدر الإمكان في تقليل التعب وتحسين اللياقة البدنية للطيارين وبالتالي زاد متوسط الطلعات الجوية للطيار الألماني إبان تلك الحرب من مرتين يوميا وهو المعدل العادي إلى ستة مرات يوميا.

كما استطاع العالم الألماني هوشيلد تخليق مادة البرفتين Pervitin المنشطة، كما استخدم في انكلترا عقار المثيدرين Methedrin لزيادة كفاءة الجنود في المشي لمسافات طويلة وزيادة متوسط عدد الطلعات الجوية للطيارين خلال الحرب العامية الثانية أيضا.

وفي عام (1933) م شاع استخدام كلمة المنشطات ((Doping)) وظهرت في المعاجم والقواميس الغوية العامة والخاصة مثل قاموس بكمانBeckmann's الرياضي. وتلا ذلك ظهور عدة تعريفات للمنشطات وأخطارها الطبية الجسمية وآثارها السلبية على الصحة العامة للاعب، كما أضيف إلى ذلك أخيرا أخطارها التربوية في هدمها لأسس الفكر الأولمبي القائم على التنافس الشريف. ويعد استمرار البعض في استخدام المنشطات المحظورة رياضيا جريمة في حق أنسهم وفي حق المثل الرياضية، لا يفسرها إلا الجهل أو غياب المفهوم الرياضي التربوي لديهم.

ومنذ عام (1950م) حدثت زيادة كبيرة في استخدام الرياضيين للمنشطات، أي انهفي ذلك العامبدأ انتشار استخدام هذا النوع من العقاقير عند الرياضيين في كافة أنحاء العالم ومنها السعودية. فقد وجد في أثناء الدورة الأولمبية الشتوية التي أقيمت في أوسلو عام (1952) في أماكن غرف اللاعبين العديد من بقايا الأمبولات الطبية والحقن الفارغة والتي تعطي مؤشرا على استخدام اللاعبين لها كمنشطات. وفي استبيان إحصائي للجمعية الأمريكية للطب الرياضي صدرت عام (1058) ثبت ان (35٪) من أصل (441) مدربا وإداريا لهم خبرة كبيرة في استخدام المنشطات وخاصة البردرين الامفيتامين في حين ان (7٪) فقط ليس لهم أي معلومات عن المنشطات. وبتطور النشاط الرياضي ظهرت العلاقة بينه وبين الاستخدام المحظور للمنشطات.

وللأسف الشديد يشارك بعض الأطباء في الترويج لاستخدام المنشطات المحظورة بإسداء المشورة أو بتقديم تلك المنشطات للرياضيين، كما يسبب التهاون وضعف العقوبة في بعض البلدان دورا خطيرا في ارتفاع نسبة الرياضيين الذين يستخدمون تلك المنشطات. كما قد تؤثر بعض الظروف الوطنية أو التجارية في انتشار هذا الاستخدام المحظور الذي يسمى بأنه سرطان الرياضة. وفي إحصائية فنية للاتحاد الايطالي لكرة القدم عام (1961) أشارت إلى ان (27٪) من اللاعبين استخدموا المنشطات خاصة المنبهات العصبية خلال المباريات التنافسية، كما ان نفس الإحصائية دقت ناقوس الخطر العالمي في نطاق رياضة كرة القدم بعد ثبوت استخدام (94٪) من لاعبي كرة القدم بالأندية الايطالية للمنشطات خلال الموسم التدريبي لهم. وهذا تقرير عن لاعبي كرة القدم (في ايطاليا أكد تقرير اعد بناءا على طلب مدعي عام تورينو رافايل غوارينييلو: ان لاعبي كرة القدم في إيطاليا أكثر عرضة للإصابة (بسرطان الكبد واللوكيميا (سرطان الدم)) بسبب زيادة تناول ((المنشطات)) وعقاقير الستيروييد وهرمونات النمو. وكان المدعي العام طلب من خبراء المعهد العالي للصحة إعداد

التقرير للوقوف على قضية تناول المنشطات بين لاعبي كرة القدم في إيطاليا، وشملت الدراسة تحليل ظروف وفاة عينة من(165)لاعبا خلال السنوات الثلاثين الماضية وكانوا أعضاء في نوادي الدرجات الأولى والثانية والثالثة .ويفيد تقرير حديث آخر صدر في عام(2009) ان استخدام العقاقير المنشطة المحظورة رياضيا منتشر في الأوساط الرياضية على مستوى المحترفين والهواة على حد سواء وبشكل اكبر بكثير عما يعرفه الكثيرون.ويضيف التقرير ان أعدادا كبيرة من الرياضيين في أكثر من رياضة في بريطانيا يستخدمون عقاقير مدررة للبول وبجرعات كبيرة من أجل تحسين الأداء. ولا يعرف بعد آثار هذه العقاقير على المدى الطويل إلا ان أطباء يقولون انها ربما تؤدي لاحقا إلى (متاعب في القلب والكبد). (www.ajarija.Article,2009) وعلما ان أي منشط يسبب أضرارا صحية مع الاستمرار على تعاطيه. فالمنشطات هي الأدوية التي تحفز وظائف الجسم ولكنها حاليا و بالتحديد المواد التي تنشط المخ والجهاز العصبي المركزي. هذا التنشيط يولد الانتباه وارتفاع المزاج واليقظة وتقلل الشهية وتزيد الحركة. وقليلا ما تستخدم كعلاج. لكن سوء استخدامها شائع بين الرياضيين. فالمنشطات تعمل علي تنبيه الجهاز العصبي المركزي (the central nervous system) إذ يمكن للمنشطات أن تحسن قدرة الجسم على التدريب والتنافس إلى أعلى المستويات. كما أنها تقلل من الشعور بالإعياء المرتبط بالتدريب والوقت المطلوب للتعافي بعد المجهود البدني. المنشطات تسبب الإدمان وتظهر نشاطا زائفا ومع كثرة تعاطيها تسبب ضمور العضلات ولا يسترد اللاعب بعدها قوته. ويتجنب اللاعب شرب مشروبات الكولا والشاي والقهوة والشيكولاته(نوع من أنواع الحلوى يحتوى على مادة الكاكاو) لأنها تحتوي مادة الكافيين وهو من المنشطات ومدر للبول مما يصيب اللاعب بالجفاف. وطريق التدريب أحسن لكن بعض الرياضيين يتعجلون. وهذه المنشطات قد تهدر مجهودهم عندما يكشف عنها الفحص الطبي في البطولات .

و بدأ من أوائل التسعينات توقفت معظم شركات الدواء العالمية عن إنتاج هذه المركبات وهنا ظهر الخطر الجديد فقد بدأ استخدام الاسترويدات البنائية الاندروجينية المنتجة للاستخدام الحيواني بواسطة الرياضيين كما ظهرت صناعة كاملة للاسترويدات البنائية الاندروجينية المزيفة، و مع تطور الحاسبات و الماسحات الضوئية أمكن بسهولة بالغة تقليد أغلفة و زجاجات هذه المركبات كما هو حاصل الآن أيضا مع أدوية أخرى مثل الفياجرا و السياليس بحيث تحتوى هذه الأقراص أو الامبولات المزورة على أي مركب بدأ بالنشا أو بدرة الثلج أو الزيوت النباتية وانتهاء بمواد شديدة السمية.

تعريف المنشطات

بصفة عامة تعطي المنشطات اللاعب قدرة أكبر على المنافسة لفترات أطول، كما تقلل من الشعور بالتعب، وتساعد في خفض الوزن. إلا أن الأبحاث العلمية أثبتت اناستعمالها يترتب عليه الكثير من الآثار الجانبية السلبية، ومنها على سبيل المثال: انها تسبب ارتفاع ضغط الدم، ونشوء النزعة العدوانية، والشعور بالقلق، والتسبب في الإدمان، وفقدان الشهية، وزيادة وعدم انتظام ضربات القلب، وحدوث آلام بالصدر، وصداع، والشعور بخفقان القلب. وكذلك لأن لها تأثير مباشر على الجهاز العصبي المركزي فيفقد اللاعب القدرة على الوظائف المتعلقة بالجهاز العصبي المركزي، ومنها على سبيل المثال: القدرة على التركيز مما يعرضه إلى الحوادث و عدم القدرة على اتخاذ القرار. وقد وردت لها تعريفات كثير ومن هذه التعاريف:

هو كل مادة أو دواء يدخل الجسم وبكميات غير اعتيادية لزيادة نشاط العضلات أو الكفاءة البدنية للحصول على انجاز رياضي بطرق غير مشروعة. (www.wikipedia.org wk Arabolic_Steroid 2009).

أو هي عبارة عن استخدام مختلف الوسائل الصناعية لرفع الكفاءة البدنية والنفسية في مجال المنافسات أو التدريب الرياضي مما قد يؤدي لحدوث ضرر

صحي عليه، أو الإضرار بعدالة المنافسات الرياضية، كما يعرضه للعقوبات والجزاءات القانونية (رياض، 1998، ص20).

أو هي مواد غريبة عن الجسم، أو ربما، أحيانا، مواد طبيعية، تؤخذ بكميات غير طبيعية، وبطرق غير معتادة تساهم في رفع اللياقة البدنية بشكل (غير) طبيعي، فضلا عن ذلك، ما تشمله من التأثيرات النفسية التي تؤثر على اللياقة البدنية ومستواها كالتنويم المغناطيسي وغيره.

المنشط هو استعمال أية مادة بواسطة الرياضيين والتي تحرمها اللجنة الأولمبية الدولية (اللجنة الطبية) والتي من شأنها أن تزيد نشاط اللاعب نشاطاً غير طبيعي مما يجعله ينافس بطريقة (غير) عادلة أو(غير) شريفة.

ولهذا السبب حرمت اللجنة الأولمبية الدولية استعمال المنشطات لأنها باختصار تضر بصحة الرياضيين ولها آثار سلبية وخطيرة تصل إلى حد الموت، لأن استعمالها يعني منافسة (غير) متكافئة. وهي بالتأكيد تعد نوعاً من الغش والخداع وتتنافى مع القيم والأخلاق في المنافسة الرياضية الشريفة. (www.ajarida.Article,2009).

أسباب استخدام الرياضيين للعقاقير المنشطة

عادة ما تستخدم هذه العقاقير لغرض إحداث تغييرات في الحالة المزاجية للاعب، وتتضمن تلك التغييرات ما يلي:

زيادة مستوى النشاط والإحساس بالحيوية والقوة، وتخفيف الشعور بالإرهاق والتعب والاكتئاب والنعاس ومن تلك العقاقير على سبيل المثال الكافيين، الامفيتامين، الكوكايين، ...الخ.

تخفيف الشعور بالألم، لان قسم من هذه العقاقير تحوي في تركيبها على مواد تعمل على تقليل الشعور بالألم مثل الأفيون ومشتقاته. وعادة ما تستخدم لتخفيف الشعور بالألم في رياضة الملاكمة.

تخفيف حدة النشاط أو الشعور غير المريح أو غير المرغوب فيه قبل المنافسات الرياضية. أي السيطرة على حالة القلق والعصبية والتنبيه المفرط ومن تلك العقاقير على سبيل المثال الباربتيورات.

إحداث درجات مختلفة من الهدوء العصبي في بعض أنواع الرياضة التي تتطلب درجة عالية من الهدوء لغرض زيادة التركيز، مثل رياضة الرماية. وعادة ما تستخدم عقاقير الباربتيورات والكحول.

أنواع المنشطات المحظورة رياضيا

أولا: عقاقير دوائية وهي:

العقاقير المنبه للجهاز العصبي: وتعد عقاقير هذه المجموعة من أكثر المنشطات المحظورة في مجال الرياضة، وهي تزيد على (41) مادة، ومنها على سبيل المثال: أمفيتامين، كوكايين، كافيين(إذا ما زاد تركيزه في البول عن اثني عشر ميكروجرام/ مللي وهو موجود في كافة أنواع القهوة)، أفدين (موجود في معظم الأدوية التي توضع في الأنف على شكل نقاط)، ... الخ. وكافة المشتقات لتلك العقاقير. واستخدام تلك العقاقير المنبه قد يسبب الاضطراب العصبي، ويعد الأمفيتامين ومشتقاته أشهر عقاقير تلك المجموعة وأخطرها لما له من آثار جانبية مما يسبب العديد من المشاكل كما سجلت أيضا حالات انتهت بالوفاة بين اللاعبين.

العقاقير المثبطة للألم ((المخدرة)) للجهاز العصي: ويصل عددها إلى (18) عقار، ومنها على سبيل المثال: المورفين، هيروين (داي مورفين)، ... الخ. وكافة مشتقات تلك العقاقير. ويعد المورفين ومشتقاته من أشهر عقاقير هذه المجموعة. وله آثار جانبية خطيرة، مثل إحباط مراكز التنفس العليا بالمخ، فضلا عن تأثيرات سلبية أخرى على اللياقة البدنية العامة للفرد.

المنشطات الهرمونية: ويصل عددها إلى (15) مادة منشطة ومنها على سبيل المثال:

هرمون تستوستيرون (للمزيد من المعلومات انظر فصل الهرمونات)، وبولدينون، كولتسيبول، ... الخ. وكافة مشتقات تلك الهرمونات. ويعد هرمون الخصية (التستوستيرون) من أشهر هرمونات هذه المجموعة استخداما برغم آثاره السلبية الجانبية على مستخدميه من الرياضيين، مثل توقف النمو عند نهايات عظام الأطراف، واحتمالات حدوث تغييرات نفسية للفرد، وتأثيرات سلبية على وظائف الكبد وعمل الجهاز الدوري والقلب. وتزداد آثاره السلبية تفاقما عند استخدامه لمدة طويلة بين الذكور فقد يسبب ضمور الخصيتين وصغر حجمهما وقلة إفرازاتهما وبالتالي حدوث عقم وعدم القدرة على الإنجاب. علما ان التأثيرات الجانبية السلبية للمنشطات الهرمونية تبدأ بعد أسبوعين من إيقاف تناول تلك المنشطات والتي تؤدي إلى الانخفاض الكبير في مستوى اللياقة البدنية للاعب. (وبسبب هذه الهرمونات حذف اسم العداء الكندي الشهير بن جونسن في دورة سيؤل عام (1988) والغي الرقم القياسي العلمي المسجل باسمه من لائحة الأرقام القياسية العالمية)، وكذلك من ضحايا تناول العقاقير المنشطة نذكر بطل فنلندا، ونجمها في رفع الأثقال(تيمي) الذي أصيب بالشلل نتيجة لتعاطيه المنشطات. (www.ajarida.Article,2009)

البيتابلوكرز: وهي عقاقير طبية تستخدم في السيطرة على ارتفاع ضغط الدم، واضطراب ضربات القلب، وعلاج الذبحة الصدرية، والصداع النصفي. لكن بدأت تستخدم بصفة منشطات في المجال الرياضي. ويصل عددها إلى (13) عقار. ومنها على سبيل المثال: اتينولول، نادولول. ريمترول، ...الخ وكافة مشتقات تلك العقاقير. وأيضا لها آثار جانبية خطيرة وقد تؤدي للوفاة.

مدرات البول: أدرجت هذه العقاقير في قائمة المنشطات المحظورة لسببين هما:

أولا: لان بعض اللاعبين يستخدمونها لغرض إنقاص الوزن بصورة مفاجئة خاصة في أنواع الرياضة المحددة بأوزان معينة مثل المصارعة ورفع الأثقال والملاكمة... الخ. ولكن بلا شك فان إنقاص الوزن بهذه الطريقة السريعة لهو آثار سلبية على صحة الفرد مثل:

أ. الإخلال بالتوازن ألحامضي وحدوث قلوية بالدم باستمرار الاستخدام لتلك العقاقير لمدة طويلة وبكميات عالية نسبيا.

ب. الإرهاق العضلي.

ج. نقص في مستوى سكر الجلوكوز في الدم.

د. أعراض حساسية دوائية متنوعة.

هـ. تغيرات في مكونات الدم (نقص الكرات الدموية البيضاء نقص الثرومبين).

و. حدوث قرحة ونزيف في المعدة.

ي. انخفاض مستوى حاسة السمع.

فضلا عن ان اشتراك اللاعب في منافسة في وزن غير وزنه يعد إخلالا بمبدأ عدالة المنافسة.

وثانيا: بعض اللاعبين يستخدمونها لغرض تقليل نسب العقاقير المستخدمة بصفة منشطات محظورة وسحبها من الجسم للهروب من العقوبة المترتبة على هذا الاستخدام الممنوع.

مجموعة عقاقير دوائية لها تحفظات خاصة عند استخدامها، ومنها:

المخدرات الموضوعية وهي شائعة في علاج إصابات الملاعب. حيث يمنع استخدام الكوكايين ويمكن استخدام بدائل له من البروكايين والزيايلوكايين... الخ. وكذلك يمنع استخدام أي نوع من أنواع الحقن الوريدية المخدرة ويمكن استخدام المخدرات الموضوعية السطحية والخارجية.

الهرمونات الكورتزونية: التي تستخدم في علاج بعض أمراض الأذن والعيون والجلد والجهاز التنفسي. ويمكن ان يأخذها الرياضي عن طريق الحقن أو الاستنشاق، أو يتناولها على شكل أقراص أو بأي طريق آخر.

ثانيا: وسائل لا دوائية منشطة أخرى

وهي متعددة ومنها:

الإحماء الكهربي (تنبيه العضلات كهربيا).

حقن مثانة الرياضي المستخدم للمنشطات ببول فرد آخر خال من آثار المنشطات. وتستخدم في هذه الطريقة القسطرة لنقل البول والتي قد يؤدي استخدامها إلى مضاعفات طبية منها على سبيل المثال:

أ. نقل المكروبات والأمراض المختلفة.

ب. تأثيرات سلبية على العضلات القابضة والمتحكمة في البول.

ج. احتمال حدوث جروح أو تهتكات نسيجية موضعية بالمثانة والقنوات البولية خاصة إذا ما تم عمل القسطرة البولية على أيدي غير متخصص طبيا.

المنشطات الدموية: وتتم اما عن طريق نقل دم من الغير بشرط ان يكون من نفس فصيلة دم اللاعب. والثانية هي سحب (500) مللي من دم اللاعب نفسه ما قبل المسابقة بعدة أسابيع (أربعة أسابيع مثلا) وحفظها في درجات حرارة منخفضة جدا ثم إعادة حقنه بها قبل السباق الخاص به بعدة ساعات فقط. وتسبب المنشطات الدموية زيادة في كريات الدم الحمراء وهيموجلوبين الدم الحامل للأوكسجين مما يزيد من نسبة الأوكسجين في الدم الواصل للخلايا فيزداد التمثيل الغذائي في تلك الخلايا لينتج عنه مزيد من الطاقة التي يظهر على شكل زيادة في القدرة واللياقة البدنية للاعب وبدرجة تفوق لياقته الطبيعية بسبب زيادة عنصر التحمل لديه. ولكن لهذه الطريقة العديد من الآثار السلبية الضارة

والمهلكة ومنها على سبيل المثال: احتمال تعرض اللاعب لأعراض الحساسية أو تكسر الكرات الدموية الحمراء والتعرض للإصابة بأمراض فيروسية أو ضغوط زيادة نقل الدم الفسيولوجية ... الخ.

أدوية بناء العضلات: أدوية بناء العضلات anabolic-androgenic steroids هي المركبات المصنعة المشتقة من هرمونات الذكورة يتم فيها تعديل جزيئات هرمون الذكورة بحيث تزيد آثارها البنائية على آثارها الذكورية تتمثل في المساعدة في بناء العضلات و العظام. وهذه الوظائف البنائية ترجع إلى زيادة اختزان النيتروجين بالخلايا مما يساعد على دخول الأحماض الامينية و التي تعتبر لبنات بناء البروتينات وبالتالي زيادة حجم الخلايا العضلية دون زيادة عددها و كذلك نمو و تشكيل العظام وزيادة الشهية للأكل و تحفيز النخاع العظمى لإنتاج كرات الدم الحمراء. وقد اكتشفت عن طريق الصدفة في بداية الثلاثينات من القرن الماضي بواسطة العلماء الألمان ولكن لم تحظى بالاهتمام العلمي إلا في عام (١٩54) عندما نشر العلماء الروس بحثاً يصف الخواص البنائية لهذه المركبات و تأثيرها على زيادة القدرة الرياضية في الرياضات التنافسية مما أدى إلى سرعة انتشار استخدام هذه المركبات بين الرياضيين بهدف زيادة الكتلة العضلية و خاصة في أنواع الرياضة التي تتطلب زيادة في حجم العضلات و قوتها مثل رياضة رفع الأثقال و كمال الأجسام و المصارعة لكن سرعان ما امتد استخدام هذه المركبات للرياضات الأخرى مثل السباحة و الدراجات و العاب القوى ((www.wikipedia.org wk Arabolic_Steroid 2009)).

الاضطرابات النفسية الناتجة عن تعاطي العقاقير المنشطة أو المخدرة المحظورة رياضيا

يعد الكائن البشري وما يمتلكه من جهاز عصبي متطور غاية في التطور، فهو آية من آيات الخالق سبحانه وتعالى، وهو جهاز يعمل في دقة متناهية ضمن نظام متوازن متكامل بالاشتراك مع جهاز آخر لا يقل أهمية عنه هو جهاز الغدد

الصماء. فهذين الجهازين يعملان على إحداث حالة التوازن الداخلي والتحكم بالاستجابات المتعلقة بالعالم المحيط بالكائن الحي، ضمن نظام يسمى التوازن الحيوي (الهيموستازي) مما يجعل الكائن الحي في حالة عدم توازن أو خلل عند تعرضه لأي مؤثر خارجي أو داخلي. لذلك عند تناول أي مادة أو عقار من شأنه ان يحدث خلل في نظام عمل الجهاز العصبي أو جهاز الغدد الصماء، فمن المؤكد ان يسبب عنه أضرار سلبية جانبية في الجانب النفسي أو في الجانب الجسمي أو في الجانبين معا. وبشكل عام يمكن تقسيم تلك الأضرار إلى مجموعتين هي:

أولا: أضرار المنشطات على الجانب النفسي، ويمكن تقسيمها إلى:

اضطرابات انفعالية سارة.

اضطرابات انفعالية غير سارة.

تنويه: يجب ان لا يتبادر إلى الذهن ان ما نعنيه باضطرابات انفعالية سارة لا يعني ان العقاقير المنشطة التي يتناولها الرياضي لا يترتب عليها آثار سلبية جانبية. إذ انه في الحالتين سواء كانت اضطرابات انفعالية سارة أو اضطرابات انفعالية غير سارة، فانها تسبب أضرار جانبية سلبية.

اضطرابات انفعالية سارة. وتشمل الأنواع التالية من الأعراض:

أ. الشعور بحسن الحالEUPHORIA : وهو إحساس ذاتي بالثقة التامة وان كل شيء طبيعي ووفق مزاج الفرد، وقد تؤدي هذه الحالة إلى عدم تمكن الفرد من القيام بالتزاماته برغم وجوده في حالة من المرح والثرثرة بدون داع.

ب. الشعور بالطرب والتيهELATION : وتحدث هذه الحالة جوا من المرح والسعادة الوهمية للذين يتعاطون هذه العقاقير وقد تمتد آثارها للمحيطين به، وقد يصاحبها قلق واضح.

ج. الشعور بالتفخيم EXALATION: وهي حالة متقدمة من الطرب يصاحبها شعور بالعظمة الخيالية.

د. الشعور بالنشوة :ESCTASYوهو شعور داخلي ذاتي بالهدوء والسكينة.

اضطرابات انفعالية غير سارة.

أ. الشعور بالأسى والحسرة GRIEF: يسبب تعطي الرياضي لهذه العقاقير المنشطة ظهور علامات الحزن العميق.

ب. الشعور بالاكتئاب :DEPRESSION وهو أكثر الانفعالات انتشارا بين مستخدمي العقاقير المنشطة، ويختلف الشعور بالاكتئاب من فرد لآخر، ويشعر المريض بالتردد الشديد وعدم القدرة على اتخاذ القرار، مع الشعور بالإثم وانخفاض قيمة الذات. كذلك يبدأ في المبالغة وتضخيم الأمور التافهة، ويشكو من الأرق الشديد، وفقدان الشهية مع أوهام مرضية متعددة.

ج. ظهور أعراض القلق النفسي :ANXIETY وهو الشعور الدائم بالتوجس والتوتر، وكلما ازدادت هذه الأعراض حدة انعكس ذلك سلبا على عمل ونشاط الفرد، فضلا عن ذلك يتأثر الجهاز العصبي الذاتي مما يساعد على ظهور أعراض جفاف الحلق وزيادة سرعة ضربات القلب والتعرق... الخ.

د. الشعور بتبلد الانفعالات FLATE EMOTIONS: ظهر علامات التبلد العاطفي، إذ يكون الفرد في حالة من عدم القدرة الكافية للاستجابة للمنبهات السارة أو غير السارة، وتقل استجابته الانفعالية وقد تحدث هذه الحالة انطواء وانعزالا عن المجتمع المحيط به.

هـ. اضطراب التعبير عن الانفعالات : INCONGRUOS EMOTIONS وهي الحالة التي تظهر على الرياضي والتي تتسم بعدم وجود توازن

عاطفي فقد يبتسم أو يضحك بدون سبب يثير هذه الأعراض، أو يبدأ بالبكاء بدون سبب خارجي (وهذا قد يكون سبب اللعب بخشونة والاعتداء على حكام المباريات بدون أسباب أو لأسباب تافهة. فقد أظهرت دراسة أجريت على لاعبي كرة القدم إلى وجود علاقة ارتباطيه قوية بين حوادث الاعتداء على حكام المباريات وتعاطي اللاعبين للمنشطات المحظورة. أي انها سببا هاما في نشأة العنف والسلوك العدواني المتعدد في الملاعب، مما يعرض اللاعب نفسه أو منافسه للإصابة. وسبب ذلك ان تناول اللاعبين للعقاقير المنشطة والمخدرة المحظورة ضعف في سيطرة (الأنا الأعلى) عند اللاعبين مما يفقده القدرة على التحكم في نفسه، وعندئذ يلعب سلوك العنف والخشونة والعدوانية دوره في حل الصراعات النفسية للفرد عن طريق تفريغ اللاعب للتوتر حيث لا يجد طريقة أخرى للتعبير عن شدته. وقد أشارت دراسات أخرى متعددة إلى وجود ارتباط عالي بين السلوك العنيف والعدوان للاعب وتناوله للمنشطات المنبه للجهاز العصبي مثل الأمفيتامين. وهذه التأثيرات السلبية تستدعي أهمية مكافحة استخدام اللاعبينللمنشطات المحظورة.

و. تبدد الشخصية DEPERSONALIZATION: وهو إحساس داخلي غير سار بتغير في ذات الفرد، وقد يصاحبه شعور بتغير الوسط المحيط بالفرد، مما قد يسبب الإحساس الذاتي هذا ألما للرياضي(رياض، 1998، ص109-111).

ثانيا : أضرار المنشطات على الجانب الجسمي

أضرار أدوية بناء العضلات هذه العقاقير لها العديد من الأعراض الجانبية، ابتداءا من حب الشباب وحتى الإصابة بسرطان الكبد .أغلب الأعراض يمكن أن تختفي مع توقف التعاطي إلا أن بعضها دائم .و تشير الدراسات إلى ان أكثر

من (85٪) من المتعاطين يعانون من واحد أو أكثر من هذه الأعراض الجانبية و التي تشمل ضمور الخصيتين الذي يصيب (5٪) من المتعاطين و ارتفاع ضغط الدم الذي يصيب (34٪) منهم.

الأثر على الوظائف الجنسية و الإنجابية تعاطي الرجال لهذه العقاقير يؤدى إلى تدنى القدرة على الإنجاب حيث يؤدى إلى تدني هرمونات الغدة النخامية المسئولة عن تحفيز الخصية لإنتاج الحيوانات المنوية ,و يؤدى ذلك إلى عدم القدرة على إنتاج الحيوانات المنوية ,و ضمور الخصية الذي قد يكون دائم في الكثير من الحالات ,بينما يمكن علاجه في بعض الحالات و كثيرا ما يصاحب تعاطي الاسترويدات البنائية تراجع في النشاط الجنسي و كبر في حجم الثدي .أما في النساء فيقل حجم الثدي ,و تقل دهون الجسم ,و يزداد حجم البظر ,ويزداد نمو شعر الجسم، ويزداد الصوت غلظة ,و يحدث اضطراب للدورة الشهرية.

الأثر على الجهاز الحركي من المعروف ان بدأ إفراز الهرمونات الجنسية في بداية سن البلوغ يؤدى لبدأ طفرة النمو في العظام ,وعندما يبلغ مستوى هذه الهرمونات حدا معينا تتوقف العظام عن النمو فيبقى كل شخص على أقصى طول طبقا لصفاته الوراثية .وتعاطي الاسترويدات البنائية يؤدى إلى قصر القامة إذا تناولها اللاعب قبل تمام البلوغ لأنها توقف مناطق النمو في العظام في مرحلة مبكرة، و على الرغم من الآثار البنائية لهذه المركبات على العضلات والعظام إلا ان لها أيضا آثارا سلبية على الأنسجة الضامة بالجسم ,مما يجعل الرياضيين أكثر عرضة للإصابات الشديدة في الأربطة و المفاصل والأوتار.

الأثر على دهون الدم تعاطي هذه المركبات يؤدى إلى نقص في مستوى الدهون البروتينية عالية الكثافة و ارتفاع في الدهون البروتينية منخفضة الكثافة، مما يؤدى لترسب الكولسترول في الأوعية الدموية و حدوث تصلب الشرايين في سن مبكر.

الأثر على القلب والأوعية الدموية تعاطي هذه المركبات يؤدى إلى ارتفاع في ضغط الدم، كما يؤدى لتضخم في عضلة القلب شانها شأن باقي عضلات الجسم أو نتيجة لارتفاع ضغط الدم، و قد يؤدى ذلك لقصور الشرايين التاجية والتعرض لجلطات في القلب أو المخ حتى في الرياضيين تحت سن الثلاثين بسبب تصلب الشرايين و زيادة تجلط الدم في الأوعية الدموية نظرا لزيادة أعداد كرات الدم الحمراء مما قد يؤدى للوفاة المفاجئة في بعض الحالات.

الأثر على الكبد و الجلد تعاطي الاسترويدات البنائية و خاصة التي تأخذ عن طريق الفم يؤدى لتدهور في وظائف الكبد المتمثل في ارتفاع أنزيمات الكبد، وحدوث الصفراء (التهاب الكبد) كما انها قد تؤدى إلى حدوث أورام الكبد الحميدة أو الخبيثة (أي السرطان)، أو تكوين أكياس دموية والتي قد تحدث نزيف داخلي .ظهور حب الشباب، تزداد دهنية البشرة ووفرة الشعر، وهذه هي أهم الأعراض الجانبية في الجلد,فضلا عن الإصابة بالصلع المبكر في الرجال و النساء.

العدوى بعض العقاقير تصنع بطرق غير قانونية وبدون تعقيم كافي ,وبعض المتعاطين يستخدمون حقن غير معقمة عند الاستخدام ,مما تؤدى هذه العوامل إلى الإصابة بالميكروبات المختلفة .أخطرها الالتهاب الكبدي بفيروس (ب و ج)، الإصابة بفيروس متلازمة نقص المناعة المكتسبة المعروفة بالايدز، كما يمكن ان يصابوا بالالتهاب في الأنسجة المبطنة لجدار القلب مما يعرضهم لخطر الوفاة أو الإصابة بالخراج (الخمج) في أماكن الحقن على اقل تقدير (أي التهاب المنطقة الجلدية التي جرى فيها الحقن).

طرق الكشف عن المنشطات

توجد عدة طرائق للكشف عن تعاطي المنشطات منها.

تحليل البول (التحليل الضوئي والإشعاعي) لكشف بقايا المنشط .

تحليل الدم .

تحليل بصيلات الشعر.

الفصل الثاني عشر



الذكـــــاء الانفعالــــي

أهمية موضوع الذكاء الانفعالي

نبذة تاريخية

الوعي بالذات والقلق علاقتهما بالذكاء الانفعالي

مكونات الذكاء الوجداني

سمات الفرد ذو الذكاء الانفعالي العالي

هل الذكاء الانفعالي مكتسب أم موروث؟

هل يمكن تعلم الذكاء الانفعالي؟

علاقة الصحة النفسية بالذكاء الانفعالي

النظريات التي فسرت الذكاء انفعالي

هل تريد ان تعرف مقدار ذكائك الانفعالي؟

12

الفصل الثاني عشر

الذكاء الانفعالي

مقدمة

في الوقت الحاضر لم يعد الحديث مستساغا عن الذكاء بوصفه عامل واحد أوقدرة واحدة .فقد توصلت الادبيات والدرسات الحديثة في مجال البحوث النفسية الى وجود عدة أنواع من الذكاءآت والبعض من اشار الى وجود سبعة انواع احد هذه الانواع هو الذكاء الانفعالي .وربما يكون سبب وجود هذه الانواع السبعة- والتي قد تكون اكثر من هذا العدد مستقبلا – هو:

- اما توصلت اليه مسيرة البحث العلمي والتي تجرى بشكل مستمر في جميع ارجاء العام.
- أو ان هذه التعددية في انواع الذكاءآت جاءت من ان علم النفس هو واحد من بين اكثر العلوم التي تحتمل الاختلاف والتباين في وجهات النظر ,خاصة وان أغلب مواضيع العلوم النفسية بمختلف انواعها ليست ملموسة بل تعتمد مبدأ الافتراض في موضوعات افتراضية غير ملاحظة مما يترتب عليها صعوبة قياسها ,وهي فقط يمكن قياسها من خلال اثرها في السلوك الملاحظ.
- وربما يكون السبب الثالث هو نتيجة طبيعية للتطور الكبير في شتى مجالات الحياة والتعقيد غير المسبوق الذي اضافته تكنلوجيا المعلومات والاتصالات في كل تعاملات الانسان ,مما ترتب عليه ان التعامل مع كل هذا التعقيد من شأنه ان يكون فاشلا أو عاجزا اذا جرى معه التعامل بالاساليب البسيطة السابقة التي تؤمن بوجود قدرة عقلية واحدة أو ذكاء واحدة لم يعد قادرا على مسايرة التطور .والدليل

على ذلك توصلت الدراسات في الوقت الحاضر ان الذكاء العقلي يسهم بنسبة (20%) من نجاح الانسان في الحياة ,وان نسبة (80%) من نجاح الانسان في الحياة تعود الى الذكاء الانفعالي .

أهمية موضوع الذكاء الانفعالي:

1. هذا الموضع بدأ يأخذ أهميته بحكم ماحدث من تطور متسارع وكبير في المجتمع بالوقت الحاضر ,ونتيجة ذلك اصبح احدالابعاد المتعلقة بالجانب الانفعالي التي اصبح لها الثقل الكبير في سلوك الفرد بتعامله اليومي بسبب العبء الكبير للضغوط الانفعالية المستمرة والمتزايدة كما ونوعا ,مما تطلب توافر قابيلة ضرورية ومهمة للفرد هي تعلم أو أكتساب قابلية إدارة الضغوط ,والتي أصبحت من الاستراتيجيات المهمة للتوافق.
2. تتجلى اهميته من حيث علاقته بالتوافق الانفعالي ,إذ أكدت العديد من الأدلة والنتائج البحثية على ان المهارات الانفعالية تعد مهمة للتوافق الأنفعالي والاجتماعي.
3. أكدت الدراسات بذوي التلف الدماغي ان القدرة على أحداث نوع من التكامل بين المعلومات الانفعالية والقرارات المعرفية وغيرها من العمليات العقلية تيسر للفراد التكيف مع الحياة وإدارتها بفاعلية(Lopes et al. ,2003).
4. للذكاء الانفعالي علاقة بحل المشكلات، إذ عندما تتطلب مشكلة معينة الى ابتكارية في الحل نكون في حالة انفعالية مهيئة على الأقل للحل الابتكاري، ومعروف ان الخوف والتوتر والمشقة تنشط الجهاز اللمبي The Limbic system التي توجد في قاعدة الدماغ مما يؤدي ذلك الى غلق المناطق المسئولة عن الابتكار وحل المشكلات في القشرة المخية، بينما نجد ان انفعال الحب والتودد يحرر هذه المناطق مما يدفع

الى المزيد من الابتكار وحل المشكلات (;Freeman, 1983, P.481-485
(Freeman, 1998

5. النقص في القدرات الانفعالية بصفة عامة يعد من محددات الاضطرابات الانفعالية، وسبب ذلك ان الأفراد محدودي القدرة على الوعي الأنفعالي أقل من الآخرين في الجوانب الانفعالية الأخرى، وان الإدراك الانفعالي يعد من أسس تجهيز ومعالجة المعلومات الانفعالية (عيسى ورشوان، 2006، ص6).

6. ان الذكاء الانفعالي، (القابيليات الوجدانية) يمكن تنميته لدى الأطفال. وتنميته خاصة لدى الأطفال قد يفضي الى التقليل من الاضطرابات الانفعالية(عكاشة، 2005، ص14).

7. ان المتغيرات الانفعالية تلعب دورا شديد الأهمية في مرحلة الطفولة المبكرة، خصوصصا بعد أوضحت الدراسات السابقة ان النجاح في الحياة لايرتبط بالقدرات العقلية فقط.

8. هذا يعني وفقا للنقطة السابقة ان الذكاء الانفعالي مكتسب أي يمكن ان يتعلمه الفرد، وعليه من الضروري تنمية ورعاية الذكاء الانفعالي بنفس درجة الاهتمام بالذكاء المعرفي. وسبب ذلك ان تنمية الذكاء الانفعالي قد يحسن من الأداء السلوكي للشخص في المجالات التي تتجسد فيها المؤشرات السلوكية لها، وكان من المنطقي ان يتم تضمين فعاليات وخبرات وأنشطة التعلم المدرسي ما يشار اليه في الوقت الحاضر بما يسمى التعلم الانفعالي الاجتماعي Emotonal-Social Learning (عكاشة، 2005، ص54-57). وبهذا الخصوص اشار جاردنر ان بعض الناس بسبب التفاعل المستمر بين الوراثة والتدريب المبكر يستطيعون تطوير ذكاءآت معينة أكثر من غيرهم(الصجري، 2010، ص 59).

9. ان تـأخر أو قصـور النمـو الانفعـالي الاجتمـاعي يجعـل الاطفـال أكثـر أحتمـالا للمعانـاة مـن مخـاطر الـكـثير مـن صـور الاضـطرابات النفسـية الخطـيرة مثـل: الاكتـاب، وأضـطرابات التعلـق، أو الارتبـاط بـالآخرين وأضـطرابات مـا بعـد الصـدمة. ولهذا السـبب اشـارت احـدى الدراسـات الحديثة في الولايات المتحدة في مقاطعة الينوي الى ان الكثير من أطفـال رياض الاطفال والأطفال الملتحقين ببرامج ونظم الرعاية يطردون من هذه البـرامج بسـبب المشـكلات السـلوكية الـتي يعـانون منهـا، وطلـب مـن أسر(42٪) من أسر هؤلاء الأطفال سحب أطفالهم من هذه البرامج بسـبب عـدم القـدرة في التغلب علـى المشـكلات الاجتماعية والانفعاليـة للطفـل مثل(العض، نوبات الغضب والهيـاج العصبي، الضـرب، تخريـب أو بعثـرة الأشـياء، البكـاء والصـراخ بـدون سـبب واضـح، ومشـكلات النـوم)، ويعاني من (16٪-24٪) مـن الأطفـال الصـغار مـن العديـد مـن المشـكلات الانفعالية الانفعالية(عكاشة، 2005، ص58-59).

10. له أهميته الكبيرة في المدرسة، فهي واضحة وظاهرة في الأبحـاث التربويـة المرتكزة على أبحاث الدماغ والـتي تشير الى ان الصحة العاطفيـة أساسـية وهامة للتعلم الفعاَل، فلعل أهم عنصر من عناصر نجاح الطالب في المدرسـة هو فهمه لكيفية التعلم، والعناصر الرئيسة لمثل هذا الفهـم كمـا ذكرهـا جولمان هـي: الثقة، وحب الاستطلاع، والقصد، وضبط الـذات، والانتمـاء، والقدرة على التعاون، وهذه هـي من عناصر الذكاء العاطفي.

11. لقد برهن الـذكاء العـاطفي علـى أنـه متنبـىء جيد للنجـاح في المستقبل أكثر من الوسائل التقليدية مثـل: المعـدل التراكمـي، أو معـدل الـذكـاء ودرجـات الاختبـارات المعياريـة المقننـة الأخـرى. مـن هنـا جـاء الاهتمـام بالذكـاء العـاطفي من طـرف الشـركات الـكبرى والجامعـات والمدارس على مستوى العالم اجمع.

12. ان بناء الذكاء العاطفي لأي شخص له أكبر الأثر عليه طيلة حياته، فالعديد من الآباء والتربويين عندما أنزعجوا في الآونة الأخيرة من مستويات المشاكل التي يواجهها طلبة المدارس والتي تتراوح من أحترام الذات المنخفض الى سوء استعمال المخدرات والكحول الى الاحباط. لذا فهم لجؤوا بكل قوة الى تعليم الطلبة المهارات الضرورية الذكاء العاطفي (خليل، 2004، ص4).

13. من كل ماتقدم يمكن تتضح قوة العلاقة بين الصحة النفسية والذكاء العاطفي.

نبذة تاريخية

إن موضوع الذكاء الانفعالي وتسميته بهذا الاسم جديد على الساحة التربوية والنفسية الاجتماعية وفرض الذكاء الانفعالى نفسه كموضوع للدراسة على كثيرمن دراسات التربية وعلم النفس، وكذا دراسات الشخصية، ولذا لابد ان نعرف كيف كانت بدايات اكتشافه.

كان هربرت سبنسرHerbert Spenserهو أول من أدخل كلمة "ذكاء" فى علم النفس الحديث معتبرا أن الوظيفة الرئيسية للذكاء هى تمكين الانسان من التوافق مع بيئته المعقدة الدائمة التغير، ثم توالت نظريات سبيرمان وتيرمان وثورنديك وجيلفورد وجاردنر وسالوفى وجولمان، وتعددت فى هذه النظريات أنواع الذكاء: الذكاء اللغوى، الذكاء الحسابى، الذكاء الميكانيكى، الذكاء الحركى، الذكاء الاجتماعى، والذكاء الانفعالى. وأى دور ثقافى حضارى نقوم به يستلزم أن يكون هناك ارتباط بين أنواع الذكاء جميعها بغض النظر عن هذا الدور وماهيته، كما أن مهارة واحدة قد يتطلب القيام بها عدة أنواع من المهارات ذات العلاقة فى كل متناغم متآلف يمثل فى حقيقته مهارة مركبة.

لقد اقتصر مفهوم الذكاء لدى العديد من الباحثين والعامة لفترة طويلة من الزمن على المجال المعرفي (cognitive pherse) والذي يشير إلى مجموعة من القدرات المعرفية كالتفكير المجرد، والاستدلال، والحكم، والذاكرة. غير أن هذه النظرة أثارت حفيظة بعض علماء النفس من أن المدرسة المعرفية أصبحت تسيطر على علم النفس على حساب الجانب الانفعالي للإنسان، مما قد يؤدي إلى اختلال النظرة المتزنة له باعتباره كائناً يجمع بين العقل والقلب.

حديثاً بدأ الاهتمام بمفهوم الذكاء الوجداني كبنية نفسية يمكن من خلالها تفسير العديد من جوانب السلوك الإنساني. وتمتد جذور مفهوم الذكاء الوجداني إلى مفهوم "ثورنديك" في (1920) عن الذكاء الإجتماعي والذي يشير إلى القدرة على فهم و إدارة الآخرين للتصرف بحكمه في العلاقات الإنسانية أما الجذور الحديثة له فترجع إلى مفهوم "جاردنر" عن الذكاءات المتعددة حيث رفض فكرة العامل العام، وترجع بصفه خاصة إلى مفهومه عن الذكاء الشخصي والذكاء الإجتماعي، وعلى الرغم من استخدام المصطلح في التراث النفسي منذ فترات طويلة فإن مفهوم الذكاء الوجداني كما هو عليه الآن لم يظهر بشكلٍ واضح إلا من خلال دراسة " ماير وسلوفي " في (1990)، وكذلك كان لكتاب "جولمان" في (1995) عن الذكاء الوجداني تأثير كبير في انتشار هذا المصطلح مما أدى إلى زيادة ملحوظة في بحوث الذكاء الوجداني. (http://faculty.ksu.edu.sa/26940/DocLib5/.doc منيرة محمد السميح2008).

ولهذا السبب أصبح ينظر إلى الذكاء الانفعالى كمفتاح لحياتنا الانفعالية، وكسر جديد للنجاح، وكموهبة للعيش والتعايش، إذ أن له دورا مميزا فى مجالات العمل والقيادة والابتكار، وفى تعديل الضغوط ومواجهة الصراعات وتدعيم الصحة النفسية لان للجوانب الانفعالية دوراً مهماً في إحداث التوازن النفسي والتحكم الانفعالي، إذ أن انهيار الحس الحضاري وفقدان الإحساس بالأمان ربما يكون نتيجة دوافع متدنية ناجمة عن عدم التحكم الانفعالي. فهو له

مساس في جميع الاختصاصات منها النفسية والاجتماعية والطبية والاقتصادية ...الخ.و يذكر(Austin et. al., 2005) ان مفهوم الذكاء الوجداني قد يرجع إلى سببين:

الأول: يكمن في فكرة اختلاف الأفراد في المهارات الانفعالية القابلة للقياس والتي تعد من الأفكار الهامة في حد ذاتها فهي تعد إيذاناً بفتح منطقة جديدة تماماً في مجال الفروق الفردية لم يتم تغطيتها من خلال المقاييس المعهودة للذكاء والشخصية.

الثاني: أهمية النتائج المتوقعة من الناحية النظرية عن ارتباط الذكاء الوجداني بمدى كبير من المتغيرات ذات الأهمية، فالمهارات الإجتماعية لدى مرتفعي الذكاء الوجداني يتوقع أن ترتبط بالمواطنة الصالحة والعلاقات الشخصية، كما يرتبط الذكاء الوجداني بمهارات داخل الشخص مثل تنظيم المزاج وانخفاض القلق والضغوط (عيسى ورشوان، 2006، ص2).

وقد تجلى ذلك واضحا من خلال ما اشارت اليه الدراسات السابقة ان النجاح في مختلف نواحي الحياة العملية لم يعد مقتصرا أو معتمدا فقط على الذكاء العام (أي القدرات العقلية فقط).

ويرى المؤلف ان سبب ذلك وهو ثالثا : ان الحياة يوما بعد يوم تزداد تعقيدا في مختلف جوانبها، وتعقيد الحياة يترتب عليه بالضرورة وقوع ضغوط انفعالية متنوعة من حيث الكم والتنوع، وبذلك اصبح على الفرد لزاما حتى يستطيع العيش بتوافق وانسجام مع عالم معقد ذي مصادر متعددة الضغوط ان يتعلم كيف يواجه تلك الضغوط. والدليل على ذلك نجد أحيانا بين الأذكياء ممن يفشلون في ممارسة العمل الذي يناطبهم. كما يمكن مشاهدة من حاز على درجات عالية في التحصيل العلمي ونال شهادات التقدير والشكر في اختصاصه بين الفاشلين في العمل الذي يتولونه. ومن المحتمل أن السبب في ذلك لا يعود إلى الذكاء التربوي (EQ) Educational Quation)- في بعض المصادر يسمى دافع

الانجاز الدراسي -أو نقص في الذكاء العقلي (IQ) المعروف لدينا، واللذان يساعدان الفرد على اجتياز وحل المشاكل العلمية التي تعترض طريقه. يكمن السبب الحقيقي في ذلك الفشل في ضعف قدرة الفرد على إدراك رغباته ومشاعره من ناحية وفهم ومعرفة مشاعر الآخرين وطرق التعامل معها من ناحية أخرى.دفعت هذه الظاهرة الباحثين في ميدان علم النفس على البحث للتعرف على الأسباب التي تكمن وراء ذلك. لقد اهتدى الباحثون إلى نوع آخر من الذكاء الذي يلعب دورا مهما في الفشل أو النجاح في نجاح الفرد في العمل ألا و هو الذكاء الانفعالي و الذي أطلق عليه بـ (Emotional Intelligence)وفتح هذا الاهتداء أبواب البحوث أمام الاخرين ممن يهمهم هذا الميدان ولأهمية هذا المفهوم اخذت الكثير من الابحاث والدراسات تحاول معرفة علاقته بالعديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وقد اشارت نتائج بعض الدراسات الى ارتباطه ارتباطه طردياً بعمليات التفكير (O'halloran,1994)، والدافعية المعرفية (Allen,1996)، والأداء المعرفي (Kirby,2000&Lam)، والموهوبية الانفعالية Emotional Giftedness، والعمر (Mayer,2001)، والرضا عن العمل والالتزام الوظيفي (Abraham a,2000)، والشخصية الميالة للنشاط (Carson etal.b,2000)، والإبداع، ودافعية العمل، والاتزان الانفعالي، وموقع الضبط، والصلابة، والسعادة، والثقة بالنفس، والانبساطية، والتوجه الاجتماعي، والمستوى التعليمي، والجنس بتفوق الإناث على الذكور، وتقدير الذات، والمثابرة ضد الفشل، والموازنة بين الحياة والعمل. كما ارتبط عكسياً بالعدائية اللفظية Irritability/ Verbal Hostility والإنهاك الانفعالي (Carson etal.b,2000) والميل نحو الأفعال القسرية، والمماطلة، والتسويف، والانطوائية، وعدم الاتزان الاجتماعي، وقلة التلقائية، والقلق، وعدم المسؤولية، وتجنب اتخاذ القرار، والتوتر، والتعب، والرهاب النفسي. ومن خلال ذلك توصلت الدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع الذكاء الانفعالي الى استنتاج مفاده: ان الذكاء الانفعالي جزءاً مهماً وأساسياً في البناء النفسي للإنسان. فقد أشارت الدراسات

أن النظام الانفعالي في تركيبة الإنسان معقد ومركب وشديد المقاومة للتغيير وهو يحدد معالم الشخصية منذ وقت مبكر من حياة الفرد. وقد بينت الدراسات التي درست علاقة الجوانب البيولوجية والنفسية للانفعال إن كَم الألياف العصبية المتجه من المراكز الانفعالية للمخ، إلى المراكز المنطقية يفوق كثيراً تلك التي تسير في الاتجاه المعاكس. أي أن تأثير الانفعال على السلوك والتعلم يفوق كثيراً تأثير العمليات المنطقية. وقد وجد "كولمان" Goleman من خلال مناقشته لمجموعة من البحوث ان معامل الذكاء (IQ) يسهم بنسبة(20٪) فقط في العوامل التي تحدد النجاح في الحياة تاركاً نسبة(80٪) للعوامل الاخرى التي من اهمها الذكاء الانفعالي (الناشيء، 2005، ص2-20). وأكدت ذلك نتائج دراسات قام بها (ماير وسلوفي 1990)، (جاردنر 1983)، (وستيرنبرج 1996)، حيث اتضح ان الذكاء المعرفي يسهم بنسب تتأرجح مابين (4٪، 10٪، 25٪) من تباين أداء الفرد، بنما تعزى النسب المتبقية الى عوامل انفعالية (المصدر، 2008، ص590). ويوجد تفاوت بين الأفراد في مستوى الذكاء الانفعالي كما هو الحال في الذكاء العقلي كما ان هناك تفاوت في مستوى هذين النوعين لدى الفرد الواحد فقد يكون الشخص من ذوي القدرات العقلية المرتفعة بينما يكون منخفض الذكاء الانفعالي ففي دراسة أجراها كل من "كيلي وكابلان" على مجموعة من موظفي "شركة بل" الأمريكية الحاصلين على درجات مرتفعة في الذكاء العقلي(15٪) منهم فقط تم تصنيفهم على أنهم موظفون مميزو الأداء (لديهم قدرات مرتفعة على إدارة الأزمات، يتمتعون بالذكاء الانفعالي).

الوعي بالذات والقلق علاقتهما بالذكاء الانفعالي

يرى البعض ان كل من الذكاء الانفعالي وفاعلية الذات له أثر في عملية التعلم. وان الوعي الذاتي الذي يعد احد مكونات الذكاء الانفعالي يقود الى فاعلية الفرد واعتقاداته حول قدرته على النجاح والتعلم. وتؤثر الانفعالات في قدرة الافراد على التفكير والتوجه نحو هدف ما، وتحديد مستوى قدراتهم لاستخدام طاقاتهم،

فمن خلال تحديد الفرد لمستوى طاقاته يقرر أي اسلوب يمكن ان يسير به في حياته، وان مشاعر الحماس والابتهاج تدفع به الى الامام لتحقيق الانجازات. وان الاشخاص الذين يستطيعون السيطرة على انفعالاتهم وتأجيل رغباتهم يمكن ان يكونوا اكثر تفوقاً واكثر كفاءة من غيرهم، إذ انهم يستطيعون التعبير عن افكارهم بشكل جيد، ويستخدمون المنطق في تفكيرهم، ويركزون على ما يخططون له ويتابعون تنفيذه. لذلك يمكن القول ان دور الذكاء الانفعالي كبير في امكانية تحديد مدى ما يستطيع الناس ان يقوموا به بالنسبة لاستخدام قدراتهم الذهنية استخداماً ممتازاً او استخداماً ضعيفاً (جولمان، 1995، ص119-123).

فالقلق العالي يشل التفكير ويجعل الافراد المصابون به يفشلون بالمهام التي يقومون بها، إذ ان القلق يتدخل في صفاء الذهن، ويعطل التفكير المطلوب للوصول الى الاجابات الصحيحة. وسبب ذلك ان الحالة النفسية الجيدة التي يكون فيها الفرد تجعله يميل الى التفكير الايجابي المتفائل. فالانسان الذي لديه القدرة على التغلب على انفعالاته السلبية، والاستفادة من انفعالاته الايجابية في تحقيق اهدافه يفسر فشله في امور يمكن تغييرها لينجح في المهام القادمة. في حين من تسيطر عليه انفعالاته السلبية يعزو فشله الى صفات دائمة فيه يعجز عن تغييرها مما يسبب له الاحباط في المهام المستقبلية (المصدر السابق، ص124-130).

ويُمكن كل من فاعلية الذات والوعي الذاتي الانفعالي الفرد من تأدية السلوك المناسب في الموقف المناسب، فالأفراد ممن لديهم مستوى عالي من فاعلية الذات والوعي الذاتي يستجيبون بشكل افضل من غيرهم في تلك المواقف. كما ان فاعلية الذات والذكاء الانفعالي ضروريان لتطوير المهنة (Fletcher,2003) وخاصة المهن التربوية. ولكي يصبح المدرس قائداً تربوياً جيداً يتطلب منه ذلك ان يمتلك فاعلية ذات عالية تساعده في تطوير كفاءته ومهاراته الاجتماعية التي اساسها الذكاء الانفعالي (Posner,2003&Kouzes)، فالمدرس يجب ان يتمتع باسلوب قيادي تربوي، والقيادة الفعالة تتطلب من القائد أن يدرك حقيقة شخصية

تابعيه وأن يفهم دوافعهم وأن يكون قادراً على التنبؤ باستجاباتهم للتأثيرات الاجتماعية وينبغي أن يثري خبراتهم ويساعدهم على اكتشاف قدراتهم ومواهبهم وشخصيتهم أثناء تحقيق أهدافهم (وحيد، 2001، ص196). إذ ان الذكاء الانفعالي وفاعلية الذات مطلبين ضروريين للشخصية القيادية بشكل عام والمدرس بشكل خاص، فهو يتولى تعليم طلبته المواد التعليمية المعرفية فضلاً عن الكفاءات الانفعالية وتطوير اعتقاداتهم حول انفسهم لزيادة قدرتهم على التفاعل مع مواقف الحياة(الناشيء، 2005، ص2-20).

مكونات الذكاء الانفعالي

1. **الوعي بالذات (Self – awareness):** الوعي بالذات هو أساس الثقة بالنفس وحسن إدارتها، فنحن في حاجة دائماً لمعرفة مواطن القوة ومواطن الضعف لدينا بشكل موضوعي، ونتخذ من هذه المعرفة أساساً لقدراتنا. كما أننا بحاجة لأن نتعلم منذ الصغر التعرف على مشاعرنا وتسميتها التسمية الصحيحة فلا نخلط بين القلق والاكتئاب والغضب والشعور بالوحدة والشعور بالجوع.. الخ. فهذا الوعي الموضوعي بالذات يجعلنا أكثر كفاءة في إدارتها ويجعل قراراتنا أقرب للصواب.
2. **التعاطي مع الجوانب الوجدانية بشكل عام (Handling emotions generally)** نحن نحتاج أن نعرف كيف نعالج ونتناول المشاعر التي تؤذينا وتزعجنا وتلك التي تسعدنا. وهذا المران المستمر في المعرفة والمعالجة والتناول يزيدنا خبرة يوماً بعد يوم في إدارة جهازنا الوجداني لنستفيد من مميزاته الهائلة ونتجنب مخاطره الضارة.
3. **الدافعية (Motivation):** إن وجود دوافع قوية تحثنا على التقدم والسعي نحو أهدافنا هو العنصر الثالث للذكاء الوجداني. ويعتبر الأمل مكون أساسي في الدافعية، أن يكون لدينا هدف وأن نعرف خطواتنا خطوة خطوة نحو تحقيقه، أن يكون لدينا الحماس والمثابرة لاستمرار السعي.

4. **التعاطف العقلي (التفهم).. (Empathy)**: ويعني قراءة مشاعر الآخرين من صوتهم أو تعبيرات وجههم وليس بالضرورة مما يقولون. إن معرفة مشاعر الغير قدرة إنسانية أساسية نراها حتى لدى الأطفال. يقول جولمان أن الطفل في الثالثة من عمره والذي يعيش في أسرة محبة يسعى لتهدئة غيره من الأطفال أو التعاطف معهم إذا بكوا ، على حين أن الأطفال الذين يسئ آباؤهم معاملتهم أو يهملونهم فإنهم يصرخون في وجه الطفل الذي يبكي وأحياناً يضربونه. ويؤكد جولمان أن الذكاء الوجداني متعلم، وأن التعلم يبدأ منذ السنوات الأولى في الحياة ويستمر. ويذكر جولمان حالة قاتل ارتكب سبعة جرائم قتل وفي إحدى المقابلات الإكلينيكية أجاب على السؤال: هل كنت تشعر بأي شفقة نحو الضحايا؟ أجاب: لا أبداً ، ولو كنت شعرت بشفقة لما استطعت فعل ما فعلت. ونستخلص من ذلك أن التعاطف هو الذي يكبح قسوة الإنسان، وهو يحافظ على تحضر الإنسان.

5. **المهارات الاجتماعية (Social Skills)**: كلما كان الإنسان مزوداً بمهارات اجتماعية مناسبة وكافية كلما كانت قدرته على التعامل مع المواقف والأزمات أفضل. أما أولئك الذين يفتقرون للمهارات الاجتماعية فإنهم يتخبطون ويعانون من اضطرابات سوء التوافق.

سمات الفرد ذو الذكاء الانفعالي العالي

يتميز الفرد الذي يحمل الذكاء الانفعالي العالي بالسمات التالية:

1. القدرة على فهم وإدراك انفعالاته الخاصة والتحكم والسيطرة على مشاعره النفسية.
2. القدرة على إدراك وفهم مشاعر وعواطف الآخرين والتعرف عليها من خلال تعامله معهم وملاحظتهم.

3. القدرة على اتخاذ القرارات الصائبة في المواقف الصعبة.
4. النظر إلى الحياة نظرة تفاؤلية وطموحة.
5. المثابرة على العمل لتحقيق الأهداف التي يضعها لنفسه متخطيا ومسيطرا على شهواتهونزواته وذلك بالعمل المجدي الذي يؤدي إلى النجاح بتفضيله على الراحة والاستجمام.
6. طغيان التعاون وتبادل المشاعر الإنسانية في علاقته مع الآخرين.
7. استخدام الطرق القيادية لجماعته بشكل يريح الجميع و يكون مقبولا منهم، ويتمتع باللباقة الكاملة في قيادة الأفراد ومعرفته بكيفية إشباع حاجاتهم بحيث تجعلهم متماسكين متعاونين معه وفيما بينهم.

هل الذكاء الانفعالي مكتسب أم موروث؟

هل يمكن تعلم الذكاء الانفعالي؟

الذكاء الانفعالي يمكن تعلمه واكتسابه:

يرى "ماير وسالوفي وكوروسو" (Caruso & Mayer, Salovey) الى ان الذكاء الانفعالي بدأ بفكرة مفادها إن الانفعالات تحتوي على معلومات تتعلق بالعلاقات الداخلية للفرد والعلاقات الخارجية أي المتعلقة بالمثيرات الخارجية من حوله. وحينما تتغير علاقة الفرد مع الآخرين او تجاه امور معينة فأن انفعالاته تجاه ذلك تتغير ايضاً ، ويكون لديه احساس بالخوف من الشخص الذي يُعتبر مهدداً له ، اما الشخص الذي لا يتوقع منه ان يكون مصدر تهديد ، فيكون لديه على الاقل ميل تجاهه. ويشير الذكاء الانفعالي الى القدرة على التعرف على معاني الانفعالات وعلاقاتها والاستدلال على حل المشكلات بالاعتماد عليها ، وتوظيف الانفعالات لتعزيز الفعاليات المعرفية ، كما يشير إلى إمكانية الشخص الفطرية التي يمكن أن تتطور أو تصاب بالضرر. فكل طفل يولد مع بعض القدرة للحساسية الانفعالية والقدرة على التعلم الانفعالي، وهذه القدرة أما أن تتطور نحو

الأفضل أو تتضرر بخبرات الحياة السيئة خاصة بالمواقف الانفعالية التي يتلقاها الطفل من البيئة المحيطة به من الوالدين والمعلمين. فمن المحتمل أن يبدأ الطفل بمستوى عالٍ من الذكاء الانفعالي الفطري، لكنه قد يتعلم عادات انفعالية غير مؤاتية لأنه ينشأ في بيئة سيئة، مثل هذا الطفل سينخفض مستوى ذكائه الانفعالي، فالأطفال المهمَلون من الناحية الانفعالية يكون مستوى ذكائهم الانفعالي منخفض مقارنة بأقرانهم الذين يعيشون في بيئة جيدة. في حين لو قارنا مستوى ذكائهم الانفعالي مع أقرانهم هؤلاء عند الولادة، من المحتمل أن يكونوا في المستوى ذاته (Hein,2001)، إذ ان الاطفال المهملين او المنبوذين يكونون اضعف في قراءة الاشارات الانفعالية واضعف في الاستجابة الانفعالية من الاطفال المرغوبين المحبوبين(الناشيء، 2005، ص2-20).

يمكن للفرد أن يتعلم كيفية تطوير ذكائه الانفعالي عن طريق التعلم والتعليم. يمكن ان يؤدي الآباء والمربون دورا فعالا في تنمية وتطوير هذا النوع من الذكاء لدى أبنائهم وطلابهم. كما أن تفاعل البيئة والوراثة يؤثران تأثيرا كبيرا في تنمية وتقوية الذكاء العام فإنهما يلعب دورا مهما في تنمية الذكاء الانفعالي أيضا. وقد يكون دور البيئة في الذكاء الانفعالي أقوى وأكثر فعالية مما هي عليه في حالة الذكاء العام.

ولعل من أهم جوانب التطور إثارة في موضوع الذكاء الانفعالي، ما يتعلق بتدريبه وزيادته في السلوك. فالذكاء الانفعالي - بعكس الذكاء العقلي ونسبة الذكاء التقليدية - يتصف بعدد من المهارات التي يمكن تعلمها واكتسابها بيسر. وقد كشفت بحوث العلماء في هذا الصدد أن الذكاء الوجداني خاصية أو مجموعة من الخصائص يمكن تدريبها وتنميتها من خلال كثير من الأساليب التي تساعد علي تنميتها وتقويتها في الشخصية. استطاع البحث العلمي أن يمنحنا كثيراً من التوجيهات التي يمكن ان ترفع من معدل الذكاء الوجداني، وهي على النحو الآتي:

1. تدريب الذات على الهدوء والاسترخاء في مواجهة الأزمات.
2. كن واعياً بالمشاعر والانفعالات السلبية التي تتملكك أحياناً دون توقع.
3. كن منتبها بشكل خاص لحالات القلق والاكتئاب والغضب، وأعمل على التخلص منها أو الإقلال منها بقدر ما تستطيع، لأنها تعيق تفاعلاتك الجيدة بالناس وتجعل بينك وبينهم سدا منيعا يعيق تفاعلك بهم.
4. لا تجعل العناد أو المكابرة يحرمانك من التعلم من الآخرين حتى ولو كانوا أصغر منك أو مختلفين عنك أو أقل مركزاً أو سطوة فالرأي الجيد والحكمة لا تعرف التمييز فاطلبها حيثما وجدتها وأينما وجدتها ومع من تجدها.
5. حافظ دائماً على مشاعر طيبة عند التعامل مع الآخرين بأن تتفهم مشاعرهم وما يوجههم من دوافع وحاجات شخصية واجتماعية. تفهم مخاوفهم، ومشاعرهم بالغيرة والغضب حتى تكون أقدر على توجيه تفاعلاتك معهم في الطريق الإيجابي دائما وبأقل قدر من التوتر- علينا أن ندرب أنفسنا جيداً على مواجهة الأزمات بهدوء، وأن نتصدى لحل الخلافات خاصة تلك التي تثور عندما نواجه مختلف التأثيرات السلبية والعقبات التي قد تطرحها أمامنا بيئة اجتماعية تعوق قدراتنا على النمو السليم والصحة النفسية.
6. كذلك ينصح العلماء بأن تنمي قدرتك على مواجهة النقد الخارجي. أنظر للنقد بوصفه فرصة للناقد والمنتقد للعمل معاً نحو تحقيق هدف له معنى للوصول إلى حلول ناجحة للمشكلات التي أثارت النقد، وليس بوصفه خصومة وتآمر.
7. راقب تحيزاتك وتعصبك الشخصي ضد بعض الأشخاص المختلفين عنك اجتماعياً أو ذهنياً. تذكر أن التعصب نوع من الجمود العاطفي ولهذا

تتصف الشخصية المتعصبة بالعدائية نحو المختلفين عنا في الرأي أو السلوك مهما كانت الحقائق مختلفة عما نحمل من رأي متحيز أو توجه سلبي نحو الآخرين.

8. لكي تنمي شخصيتك في اتجاه الذكاء الوجداني امنح فرصة لنمو مهاراتك على التعاطف ومؤازرة الآخرين ومد يد العون لهم. تذكر أن العطاء لا يكون مادياً فحسب بل يمتد ليشمل قدرتك على العطاء من جهدك ووقتك وعلمك. تذكر أنه إذا كان من أهدافك أن تمد يد العون والمساعدة للآخرين.

9. وأخيراً أنظر وتأمل العبارات التي بدأنا بها هذه الموضوع وعامل هذه العبارات على أنها عقبة في تطورك الشخصي ونجاحك في العمل، ومن ثم تجنب ما تصفه هذه العبارات من آراء أو سلوك، واعمل على أن تتصرف بعكسها، أي بحسب الخصائص الثمانية المذكورة في الموضوع، استمر في ذلك حتى تصبح تصرفاتك الجديدة عادية وترتبط بحق بما يسمى بالذكاء الوجداني.

10. إذا كنت أباً أو أماً كن على وعي بالعوامل التي تيسر نمو الذكاء الوجداني لدي أطفالك مبكراً، قلل من انتقاداتك لأرائهم. ناقش آرائهم في الناس والآخرين بدون تعصب.

شجعهم على التعاطف مع الآخرين والتطوع للأعمال التعاونية والخيرية. دربهم مبكراً على اكتساب المهارات الاجتماعية وتنويع صداقاتهم بفئات مختلفة من الناس. شجعهم على التخلي عن الغضب والفورات الانفعالية بأن ترسم أمامهم بتصرفاتك قدوة لهم على الهدوء وتجنب الانفعالات

11. أطلب منهم دائماً أن يقدموا لك على الأقل ثلاثة حلول لأي مشكلة قد تواجههم أو تعترض نموهم.(**منال عبد الخالق جاب الله**).

12. عليك دائما ان تسأل نفسك في حالة تعرضك الى موقف انفعالي:

أ. لو تصرفت بعصبية(انفعال شديد) هل ساتمكن من حل المشكلة؟

ب. لو بقيت قلقا هل يمكن لقلقي المستمر هذا يساعدني في تجاوز هذا الموقف؟

13. اذا كنت في موقف انفعالي حبذا لو تحاول ان تترك ذلك المكان وتذهب لمكان اخر.

14. يمكن ان نخفف الكثير أو نسيطر على الموقف الانفعالي اذا حاولنا ان نجد عملا أو هواية نقضي بها بعض الوقت.

علاقة الصحة النفسية بالذكاء الانفعالي

تتجلى علاقة هذة العلاقة بشكل واضح من خلال ما أظهرته الدراسات السابقة التي بحثت في موضوع علاقة الصحة النفسية بالجوانب الانفعالية، فقد أشارت دراسة (حسن 1967) ان الأفراد الذين يشعرون بالنقص والتوتر والقلق والاستغراق في أحلام اليقظة كانوا اضعف في صحتهم النفسية مقارنة بالأفراد الآخرين. وأشارت دراسة (فهمي 1971) الى وجود علاقة دالة احصائيا بين نجاح الأفراد في معالجة مشكلاتهم وبين أرتفاع صحتهم النفسية المتمثلة في السيطرة على مشاعر القلق والشعور بالرضا والأمن(العكايشي، 2006، ص3). وأصبح ينظر إلى الذكاء الانفعالى كمفتاح لحياتنا الانفعالية، وكسر جديد للنجاح، وكموهبة للعيش والتعايش، إذ أن له دورا مميزا فى مجالات العمل والقيادة والابتكار، وفى تعديل الضغوط ومواجهة الصراعات وتدعيم الصحة النفسية.

تتجلى تلك العلاقة من خلال التوضيح الآتي كما هو معروف ان التعرض المستمر للضغوط النفسية وما يترتب على ذلك من زيادة الضغط الانفعالي على نفسية الفرد، هذا من جانب، ومن جانب آخر ان الفرد الذي يتمتع بمستوى مقبول من الذكاء الانفعالي لديه القدرة على التحكم بالانفعالات وإدارتها والقدرة على إدارة الضغوط، وبذلك يكون الفرد ذو الذكاء الانفعالي المقبول أقل عرضة

للتعرض للآثار السلبية للضوط النفسية. وهذا يتوافق تماما مع ما أشار اليه أحد المهتمين بالذكاء الانفعالي فقد أشار ان ذوي الذكاء الانفعالي يتميزون بمجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية، ومنها الوعي بالذات التحكم بالاندفاعات ولا يميلون الى الاستغراق في القلق، ولديهم القدرة في التكيف مع الضغوط النفسية. وهذا ينسجم تماما مع تعريف الذكاء الانفعالي فقد أشار سالوفيي وآخرون (Salovey et al ,1995) ان الذكاء الانفعالي يميز الأفراد الذين يحاولون تنظيم إنفعالاتهم وفهمها وهذا يمكنهم من استخدام استراتيجيات جيدة للتحكم الذاتي في المشاعر ولانفعالات (المصدر، 2007، ص590، 595). وهذا ما أكدته دراسة(**Al-Mashhedy & Al-Joburi ، 2010**) من وجود علاقة بين الذكاء الانفعالي المنخفض والاصابة بتهيج القولون Irritable bowel syndrome (IBS) وهو احد الامراض النفسجسمية الناتجة عن التعرض المستمر للضغوط الانفعالية (دراسة قام بها د. علي محمود الجبوري، ود. لمياء المشهداني من كلية العلوم بجامعة بابل، وهي منشورة في مجلة جامعة واسط).

وما تقدم يتوافق مع مفهوم الصحة النفسية والذي يعبر عن التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الازمات النفسية التي يواجهها الانسان بشكل مستمر، فهي حالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتميز بالاخذ والعطاء، في عصر بدأ يتعقد يوما بعد يوم زاخرة بكل أنواع الضغو الانفعالية، ولهذ السبب نرى ان المتتبع لتأريخ الصحة النفسية يلاحظ ان هذا العلم يعد من العلوم التي برزت في عصرنا الحاضر واكتسبت صفة خاصة في العصر الحديث بسبب أهتمامها بأخطر قضايا الانسان المتمثلة بالضغوط النفسية التي يواجهها الانسان في العصر الحالي (العكايشي، 2006، ص4). فالصحة النفسية تجعل الفرد متحكما في عواطفه وانفعالاته فيتجنب السلوك الخاطىء ويسلك السلوك السوي، وهذا ما أكدته دراسة (الهابط، 1987).

وقد برهن الاختصاصيون النفسيون والاطباء على انه توجد خصائص شخصية تسمى الذكاء الانفعالي Emotional Intelligece وهذه الخصائص مسؤلة عن الطرائق التي نسلك بها ونشعر بموجبها وكيف نرتبط بالآخرين ومدى حسن قيامنا بالأعمال ومدى تمتعنا بالصحة النفسية، وعدم المعرفة بالميول الخاصة بالذكاء الانفعالي يمكن ان ينشأ عنه عدم القدرة على التوافق مع الآخرين وعدم النجاح في العمل وأعتلال الصحة النفسية مع نشوء مشاكل ذات ارتباط بالضغط النفسي(كولمان، 2001، ص12).

النظريات التي فسرت الذكاء انفعالي

1. **نظرية بيتر سالوفي وجون ماير** (John Mayer,1990 & Peter Salovey)

كان سالوفي وماير Salovey & Mayer أول من بحثا مفهوم الذكاء الانفعالي حينما نشرا مقالتين حول المفهوم عام .(Hein,2001) 1990 فالذكاء الانفعالي هو صورة من الذكاء (Hein,2001) ، والأفراد الذين يتميزون بذكاء انفعالي عالي يمكنهم استخدام استراتيجيات سلوكية للتحكم الذاتي في (المشاعر والانفعالات عثمان، 2001، ص173)

وقد طور Mayer & Salovey نموذجهما الذي بدأ بفكرة مفادها أن الانفعالات تحتوي على معلومات تتعلق بالعلاقات الداخلية المتعلقة بنفسية الفرد، والعلاقات الخارجية المتعلقة بالأشخاص الآخرين، والمثيرات الخارجية، وحينما تتغير علاقة الشخص مع شخص آخر أو مع شيء ما فإن انفعالاتهم مع بعضهم البعض أو نحو الشيء تتغير أيضاً. ويتم الإحساس بالخوف من الشخص الذي يعتبر مهدداً للغير أما الشخص الذي لا يتوقع منه إصدار تهديد فيكون هناك على الأقل ميل تجاهه. وتصحب هذه العلاقات سواء حقيقية أو متذكرة أو متخيلة إشارات وتغيرات تطرأ عليها وهي الانفعالات. فالذكاء الانفعالي يشير إلى القدرة على التعرف على معاني الانفعالات وعلاقاتها، والاستدلال وحل المشكلات

بالاعتماد على الانفعالات، لذلك يستلزم الذكاء الانفعالي توظيف الانفعالات لتعزيز الفعاليات المعرفية (Mayer etal,2001).

ووفقاً لهذه النظرية فأن طبيعة الذكاء الانفعالي تكمن في كون الفرد قادر على ادراك انفعالاته، وتقييمها والتعبير عنها بدقة، والقدرة على الوصول الى المشاعر وتوليدها حينما تسهل الانفعالات عملية التفكير، وهو ايضاً القدرة على فهم الانفعالات والمعرفة الانفعالية والقدرة على تنظيم الانفعالات لتعزيز النمو الانفعالي العقلي (Kim,1999).

ويرى Salovy ان سمة ما وراء المزاج لها علاقة بمفهوم فاعلية الذات (Shien,1994)، (Folkerts,1999). فيرى ان الحالة الانفعالية للفرد تؤثر في تحديد اهدافه، ويستثار الفرد انفعالياً حينما تحدد الأهداف الرفيعة المستوى، في حين عندما يكون الفرد مكتئباً يحدد الأهداف المتدنية المستوى، وبذلك فإن فاعلية الذات تتأثر بالمزاج (Hultt,1999). إذ أن فاعلية الذات لها صلة بالمزاج السعيد، ونرى أن الأفراد الذين يتوقون لتحقيق فاعلية ذات عالية للحفاظ على أدائهم فإن الذكاء الانفعالي بالنسبة لهم يكون مصدر ذو قيمة لارتباطه بها. (الناشيء، 2005، ص2-20).

2. **نظرية البرت باندورا** (Albert Bandura,1977)

لقد أيدت أبحاث باندورا Bandura في نظرية التعلم الاجتماعي فكرته القائلة أن باستطاعة الناس تعلم السلوك الجديد بمشاهدة الآخرين يقومون بممارسة هذا السلوك في موقف اجتماعي، ومن ثم محاكاة سلوكهم. وللنظرية الاجتماعية المعرفية خمسة أبعاد تساعد على تحليل تباين سلوك الأفراد في مواقف متشابهة، هذه الأبعاد هي (الترميز Symbolizing، والترويForethought ، والتعلم البديل Vicarious Learning ، والسيطرة الذاتية Control Self، وفاعلية الذات Self Efficacy). فللأفراد القدرة على استخدام الرموز التي تمكنهم من الاستجابة لبيئتهم، ومن خلال استخدام الرموز فإنهم يحولون الخبرات المرئية إلى

نماذج تعمل على توجيه سلوكهم. ويستخدم الناس التروي و التدبر في أمورهم للتخمين ولوضع الخطط لسلوكهم ومن ثم توجيه أفعالهم. وتحدث جميع أشكال التعلم تقريباً بصورة بديلة أي من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وملاحظة النتائج المترتبة على سلوكهم، إذ أن التعلم بالملاحظة يمكنهم من الحصول على معلومات دقيقة دون أن يضطروا إلى أداء هذه السلوكيات من خلال المحاولة والخطأ. وتحدث السيطرة الذاتية حينما يتم تعلم السلوك الجديد على الرغم من عدم وجود ضغط خارجي للقيام به. أما فاعلية الذات فهي تشير إلى تقييم الأفراد لقدراتهم في أداء مهام معينة، وبذل الجهود في ذلك، وإنها تؤثر في اختيار الناس للمهام والوقت الذي يقضونه في محاولة البحث عن أهدافهم.

ويعتمد الناس على حالاتهم الانفعالية عند إصدارهم أحكام حول قدراتهم، فهم يفسرون بعض ردود الأفعال الناجمة من الضغوط النفسية والتوتر بمثابة علامات لسرعة وقوعهم في الأداء الضعيف، فالمزاج يؤثر في أحكامهم حول فاعليتهم الشخصية ويعزز المزاج الإيجابي من كفاءتهم الذاتية والمزاج القانط المكتئب يعمل على إضعافها (Bandura,1994). كما أن فاعلية الذات بالمقابل تؤثر بقوة في الحالات الانفعالية (Pajares,1997)، إذ أن ضعف فاعلية الذات يثير حالات مزاجية سلبية (Devins,etal,1982:p.242). ويرى Bandura إن بالإمكان تعديل اعتقادات فاعلية الذات بتقليل ردود أفعال الناس الناجمة من الضغوط النفسية، وتغيير ميولهم الانفعالية السلبية من خلال تعديل كيفية إدراك تأثير ردود الأفعال الانفعالية هذه على الفاعلية الشخصية. إذ أن الحالات المزاجية مثل القلق، والخوف تزود الفرد بأفكار سلبية حول المعلومات التي تتعلق بالاعتقاد بفاعلية الذات، إذ يعتقد الافراد إن قدراتهم اضعف مما هو عليه في الواقع بسبب المزاج التشاؤمي الذي يحيطهم. والحال ينعكس في حال كون الحالة المزاجية تفاؤلية وسارة فان نظرة الفرد لكفاءته وقدرته تكون في موقعها الصحيح، إذ تزيل النظرة التفاؤلية غبار الخوف والتردد من عدم اتقان اداء مهمة

معينة. لذا فأن الأفراد بإمكانهم قراءة أنفسهم من خلال إدراكهم لأفكارهم وحالاتهم الانفعالية التي خلقوها لأنفسهم(الناشيء، 2005، ص2-20)..

3. **نظرية دانييل كولمان** (Danial Goleman,1995)

اعتمدت هذه النظرية في تفسير الذكاء الانفعالي على الجانب الفسيولوجي من خلال الأبحاث والدراسات الطبية التي أجريت على الدماغ البشري ليخرج باكتشافات تركيبة المخ الانفعالي التي تفسر كيف يؤثر الانفعال على العقل المفكر، وكيف تكشف تراكيب المخ المتداخلة في لحظات الانفعال الكثير من الحقائق (العلوي، 2001).

ويرى Goleman ان مفهوم الذكاء الانفعالي يرتكز بالأساس على الوعي الذاتي للانفعالات والذي يتطلب من القشرة المخية الجديدة The Neocortex، أن تبقى في حالة نشاط وخاصةً في مناطق اللغة بحيث يمكن تحديد وتسمية الانفعالات المستثارة (روبنز وسكوت، 1998، ص43). إذ إن الطبقات الرئيسة للعقل الانفعالي ملتفة حول جذع المخ، وتشبه عمامة صغيرة، بأسفلها تجويف يستقر فيه الجذع، أطلق عليه الجهاز الحافي Limbic system وهو الذي يتحكم في الإنسان حين تسيطر عليه انفعالاته. ويوجد في هذه الطبقات القشرة الجديدة التي ترتب ما يأتيها عن طريق الحواس وتفهمه، وتضيف التفكير للشعور وتسمح لنا أن ننفعل بالأفكار مثل الفن والخيال. أما النتوء اللوزي Amygdala فهو المكان المخصص للاحتفاظ بالمشاعر المتعددة، وقرن آمون The hippocampus المكان المخصص للاحتفاظ بالمعلومات والأرقام، فقرن آمون يتذكر الوقائع الصماء والنتوء اللوزي يخزن الدلالة الانفعالية التي تصحب هذه الوقائع.

فهناك العديد من الحالات الفسيولوجية للانفعالات التي تجهز الجسم بمختلف أنواع الاستجابات، ففي حالة الغضب يتدفق الدم إلى اليدين ليجعلها قادرتين بصورة أسهل على القبض على السلاح أو ضرب عدو، وتتسارع ضربات القلب وتندفع دفقه من الهرمونات مثل الادرينالين فيتولد كم من الطاقة القوية

تكفي للقيام بعمل عنيف. وفي حالة الخوف يندفع الدم إلى أكبر العضلات حجماً مثلاً عضلات الساقين فيسهل الهرب ويصبح الوجه أبيض شاحباً لأن الدم يهرب منه. وفي حالة الدهشة ترفع الحواجب لتسمح بنظرة شاملة أوسع، وتسمح بدخول مزيد من الضوء إلى الشبكية وهذا يوفر مزيد من المعلومات حول ما حدث دون توقع، ويكشف حقيقة ما يجري لاختيار أفضل فعل مناسب. وهكذا بالنسبة لبقية الانفعالات (الناشيء، 2005، ص2-20).

هل تريد ان تعرف مقدار ذكائك الانفعالي؟

يمكنك ذلك من خلال الاجابة عل الاسئلة الآتية:

(هذا الاختبار من تصميم:أ.د. أمل المخزومي، 2008)

تعليمات الاختبار: أقرا فقرات الاختبار بشكل جيد ثم ضع الاختيار الذي يناسبك من الاختيارات التالية : (أوافق بشدة ـ لا أدري ـ لا أوافق بشدة) ، وضع ثلاث درجات (3) أمام الاختيار (أوافق بشدة) و درجتين (2) أمام الاختيار (لا أدري) ودرجة واحدة أمام الاختيار (لا أوافق بشد. (فقرات الاختبار أوافق بشدة لا ادري لا أوافق بشدة

أولا : سلوك الفرد في مجال العمل الذي يقوم به :

أعمل من أجل العمل لا غير العمل

أواصل العمل لساعات طويلة بدون انقطاع

أتذوق عملي

أستطيع أن أواصل العمل لتحقيق الأهداف المنشودة التي وضعتها لنفسي

اندفع على العمل والاندماج فيه بكل جد ونشاط

أشعر بأن العمل الجاد والمتواصل من أهم عوامل النجاح

أستطيع ممارسة العمل بعد الفشل مرة أخرى

اعتقد بأن المثابرة في العمل تدفع الفرد إلى الإبداع

أخلق دوافع جديدة للعمل.

أستطيع حل المشاكل التي تعترضنا في الحياة العملية

اطرح أفكارا جديدة لتطوير العمل الذي أقوم به

أعمل على سيادة الابتهاج في جو العمل

أتقبل العمل الشاق

اشعر بارتياح أثناء العمل

أشعر بالرضا عن عملي.

أتسلى بعملي الذي أقوم به

أحب عملي كثيرا.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (18 ـ 27) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بانسجامك في العمل ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (28 ـ 36) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بانسجامك في العمل ضعيف. أما إذا حصلت على (37 ـ 45) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بانسجامك في العمل جيد ، إذا حصلت على (46 ـ 54)، ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بانسجامك في العمل ممتاز.

ثانيا : قدرة الفرد على التعرف على مشاعره :

1 ـ لدي إمكانية لتوضيح انفعالاتي إلى الآخرين.

2 ـ أستطيع مراقبة مشاعري النفسية أثناء مجابهة المواقف المختلفة.

3 ـ لدي مرونة في التفكير الانفعالي.

4 ـ أستطيع أن أخفي انزعاجي من الآخرين.

5 ـ لا تتضارب عواطفي مع ثقافة المجتمع الذي أعيش فيه.

6 ـ يمكنني أن أفهم و أتعرف على مشاعري الخاصة.

7 ـ لي القدرة على فهم والتحكم في مشاعري السلبية.

8 ـ يمكنني أن أفهم أبعاد تقلبات انفعالاتي.

9ـ لدي القدرة على تحقيق السيطرة على مشاعري النفسية السلبية والإيجابية.

10 ـ لا تنقصني القدرة على إخفاء علامات الانفعالات السلبية التي تنتابني.

11 ـ اعرف سبب فترات الحزن التي تمر علي.

12 ـ انفعالاتي واضحة المعالم.

13 ـ اعرف إن كنت أميل إلى تضخيم المشاكل أم لا.

14 ـ لدي قدرة تحليل عاطفة الحب التي تنتابني.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (15 ـ 22) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على التعرف على مشاعرك ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (23 ـ 30) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على التعرف على مشاعرك ضعيف. أما إذا حصلت على (31 ـ 37) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على التعرف على مشاعرك جيد ، إذا حصلت على (38 ـ 45)، ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على التعرف على مشاعرك ممتاز.

ثالثا : قدرة الفرد على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين :

1 ـ أدرك وأفهم وأحلل انفعالات الآخرين وأستخدمها لاستفادة منها في مجالات الحياة المختلفة

2 ـ لدي القدرة على تقييم انفعالات الغير وفهمها وتوظيفها لمعرفة المزيد عن انفعالاتهم.

3 ـ أستطيع أن أقيّم تعبيرات الآخرين الانفعالية بشكل جيد.

4 ـ لدي القدرة على تمييز ومعرفة تعبيرات الآخرين الصادقة أو المصطنعة.

5 ـ من السهل علي فهم مشاعر الآخرين.

6 ـ أنتبه لمشاعر وعواطف الآخرين الذين أتعامل معهم.

7 ـ لدي القدرة على التعرف على احتياجات الآخرين النفسية.

8 ـ أهتم بأفكار وآراء الآخرين.

9 ـ قدرتي على التعامل مع مشاعر الآخرين قوية.

10 ـ لدي القدرة على التعامل مع الآخرين في مجالات حياتية مختلفة.

11 ـ أتعامل مع أصناف مختلفة من الناس بسهولة ويسر.

12 ـ أشعر بأن التعرف على طريقة التعامل مع الآخرين هو أحد العوامل الأساسية للنجاح في الحياة

13 ـ من السهل علي إدراك مشاعر من أتعامل معه.

14 ـ أستطيع أن احلل مشاعر المتحاورين فيما بينهم.

15 ـ افهم ما يشعر به الفرد من خلال نظراته.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (15 ـ 22) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (23 ـ 30) ذكائك الانفعالي الذي بقدرتك على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين ضعيف. أما إذا حصلت على (31 ـ 37) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين جيد ، إذا حصلت على (38 ـ 45)، ذكائك الانفعالي بقدرتك على فهم مشاعر وانفعالات الآخرين ممتاز.

رابعا : قدرة الفرد على فهم وإدراك معنى العلاقات الاجتماعية :

1 ـ أستمع بدقة لمشاكل الآخرين.

2 ـ لي القدرة على ملاحظة وفهم التغييرات الاجتماعية الدقيقة التي تطرأ على من أتعامل معهم.

3 ـ أعتقد أن التفاعل الاجتماعي من أهم عوامل النجاح في العلاقات الإنسانية.

4 ـ أتفاعل مع الآخرين وأتحكم في العلاقات الشخصية المختلفة.

5 ـ أستطيع دفع من أتعامل معهم على تقبل سلوكي.

6 ـ لا أزج بنفسي في مشاكل الآخرين.

7 ـ اشعر بارتياح عندما أكون بين الناس.

8 ـ أميل لمن هو اجتماعي.

9 ـ لدي كثير من الأصدقاء المخلصين.

10 ـ تتصف علاقاتي الاجتماعية بالعمق.

11 ـ احلل ما يدور بين الأفراد من خلال ملاحظاتهم.

12 ـ افهم السلوكيات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين.

13 ـ اهتم بما يجري أمامي عندما أسير في الشارع.

14 ـ ابدأ بالسلام عندما التقي بالآخرين.

15 ـ لا يهمني ماذا يقول الناس عني.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (15 ـ 22) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرة الفرد على فهم وإدراك معنى العلاقات الاجتماعية ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (23 ـ 30) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على فهم وإدراك معنى العلاقات الاجتماعية ضعيف. أما إذا حصلت على (31 ـ 37) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على فهم وإدراك معنى العلاقات الاجتماعية جيد ، إذا حصلت على

(38 ـ 45)، ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك على فهم وإدراك معنى العلاقات الاجتماعية ممتاز.

خامسا: قدرة الفرد القيادية :

1 ـ من السهل علي ممارسة القيادة والرئاسة.

2 ـ أستمع باهتمام لمشاكل الآخرين وأحاول حلها.

3 ـ لدي القدرة على إحداث تغييرات اجتماعية في حياة من أتعامل معهم.

4 ـ أعتقد أن تبادل التفاعل الاجتماعي الإيجابي يساعد على تقوية العلاقات الإنسانية.

5 ـ يصفني الآخرون بأني أتميز بشعبية جيدة.

6 ـ أستطيع التعرف على مميزات شخصيات من أتعامل معهم من خلال سلوكهم.

7 ـ احترم آراء الآخرين.

8 ـ لا أقاطع أحدا عند إدارة المناقشات التي تخص الجماعة.

9 ـ لا افرض رأيي على أفراد الجماعة.

10 ـ اعتقد بأن القائد الديمقراطي قوي.

11 ـ لا أتدخل بشئون الأعضاء الصغيرة والكبيرة.

12 ـ لا أمارس العقاب على من يخالف أمري بدون مناقشة.

13 ـ أعطى فرصة لمن يعترض على رأيّ.

14 ـ افضل أن تسير المناقشات بجو ديمقراطي.

15 ـ لا اهتم كثيرا بالشكليات.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (15 ـ 22) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك

القيادية ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (23 ـ 30) ذكائك الانفعالي بقدرتك القيادية ضعيف. أما إذا حصلت على (31 ـ 37) ذكائك الانفعالي بقدرتك القيادية جيد ، إذا حصلت على (38 ـ 45)، ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بقدرتك القيادية ممتاز.

سادسا : ثقة الفرد بنفسه :

1 ـ أستطيع أن أتحدى تقلبات الظروف المحيطة بي.

2 ـ لدي القدرة على إدراك أسباب المواقف التي تعترضني.

3 ـ لي القدرة على التغلب على المحبطات التي أتعرض لها.

4 ـ عواطفي ومشاعري قوية.

5 ـ لي القدرة على التحكم في النزوات والشهوات التي تخالجني.

6 ـ ثقتي بنفسي عالية.

7 ـ أشعر بأني في سلام مع نفسي.

8 ـأشعر بأني بعيد عن الضغوط العصبية.

9 ـ من السهل علي إدارة دفة حياتي.

10 ـ لا أفكر بالفشل.

11 ـ أنظر للحياة نظرة تفاؤلية.

12 ـ لا أبقى تحت رحمة المشاكل.

13 ـ أستطيع معاودة المحاولة بعد الفشل.

14 ـ أتخذ قراراتي الخاصة بي بثقة عالية.

15 ـ لا أنهار أمام النكسات التي تواجهني.

16 ـ أنزعج من الأفراد الذين يشكون.

17 ـ أني دبلوماسي في سلوكي مع الآخرين.

18 ـ لا أعطى مواعيد إلا بعد تفكير سليم.

19 ـ التزم بكلامي.

اجمع الدرجات التي حصلت عليها في فقرات الاختبار. إذا كان مجموع الدرجات التي حصلت عليها (19 ـ 27) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بالثقة بالنفس ضعيف جدا ، وإذا حصلت على (28 ـ 38) ذكائك الانفعالي بالثقة بالنفس. أما إذا حصلت على (39 ـ 46) ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بالثقة بالنفس، إذا حصلت على (47 ـ 57)، ذكائك الانفعالي الذي يتعلق بالثقة بالنفس ممتاز.

الفصل الثالث عشر



الذاكرة والطريقة الصحيحة للقراءة

13

أشكال الذاكرة

1. الذاكرة الحسية العيانية
2. الذاكرة اللفظية المنطقية
3. الذاكرة الحركية
4. الذاكرة الانفعالية

الذاكرة الحسية

الذاكرة قصيرة المدى

الذاكرة بعيدة المدى

الأسس الفسلجية والعصبية للذاكرة

1. النظرية التشريحية
2. نظرية الدوائر (الدارات) العصبية
3. النظرية الكيمياوية
4. النظرية العصبية الكلية للدماغ

خزن المعلومات في الدماغ

وجهات النظر المعاصرة في تفسير الذاكرة

نموذج اتكنسون – شفرين .

الذاكرة والتخلف العقلي

كيفية تحسين الذاكرة؟

1. الانتباه
2. التنظيم
3. المشاركة النشطة .
4. المسح
5. السؤال .
6. القراءة .
7. التسميع
8. التدوين مع التسميع .
9. اشتراك أكثر من حاسة في عملية التعلم .
10. المراجعة .

التدريب المركز أم التدريب الموزع

الإفراط في التعلم . استخدام جداول التعزيز

القراءة السابقة المجزأة . معجم باللغة الانكليزية وعناها بالعربية

الفصل الثالث عشر

الذاكرة والطريقة الصحيحة للقراءة

ماذا قدم علم النفس عبره تراثه الذي امتد من عام (1879) وهوتاريخ انشاء مختبر فونت الذي عد البداية الفعلية لعم النفس بوصفه علما مستقلا حتي الوقت الحاضرعام (2012) أي ما يقرب من (133) عام بما يقرب من اكثر من قرن وربع القرن من الزمان؟ يتسأل الطلبة لماذا ننسى المادة الدراسية التي كنا قد قرناها قبل قليل؟ وماهي الطريقة الصحيحة للقراءة؟ وكيف يمكن ان نبقي المادة المقؤرة اطول فترة ممكنة في الذاكرة؟ وياترى هل توجد ذاكرة واحدة ام عدة انواع منها؟

هذه الأسئلة وغيرها الكثير سوف يتكفل الفصل الحالي بالاجابة عليها.

الذاكرة

هي عملية مركبة وتعد من محددات الجانب العقلي في سلوك الإنسان. وبحثها علماء النفس في مواقف كثيرة مختلفة كونها تنتمي إلى هذا الميدان الهام (الجانب العقلي)، وتمتد من المواقف التي تتطلب الاستدعاء المباشر للمثيرات التي تعلمها الفرد، وعمليات الانتباه والإدراك، والمواقف التي تتطلب تعلم قصائد الشعراء، أو مقطوعات النثر، وموقف تعلم قوائم الوحدات في التعلم التسلسلي ....، إلى المواقف التي تتضمن ظواهر تخضع للملاحظة السريرية مثل فقدان الذاكرة (الامنيزيا) والنسيان.

فالذاكرة تهتم بشكل أساسي بالعمليات الداخلية التي تتصل باختزان المعلومات واستعادتها. أي دراسة العمليات التي تتوسط بين إدراك المعلومات أو تعلمها و استعادتها أو استرجاعها، أو التعرف عليها فيما بعد. وهي العملية العقلية التي يتم بها تسجيل وحفظ واسترجاع الخبرة الماضية من: مدركات، وأفكار،

وميول، وسلوك. وتعد الذاكرة الركيزة الأساسية المميزة للسلوك الإنساني بأبعاده المعرفية والوجدانية والحركية. وهذا يعني ان كل ما يفعله الفرد يعتمد على الذاكرة. إذ بدونها يرتبط الإنسان بالواقع من خلال عملية الإدراك الحسي المباشر فقط، وبالتالي سيكون خاضعا لمبدأ (هنا والآن)، أي الاستجابة لموقف معين وفي زمن معين فقط. ولهذا يشير عالم النفس نايسر Neisser 1965 ان الذاكرة هي المحور الأساسي ذو الأهمية الكبيرة لكل العمليات العقلية، أي انها القوة التي تكمن وراء كل نشاط نفسي وعقلي، إذ بدونها يرى الفرد تكرار الحياة ولا يستطيع تعلمها، وبدونها لا يمكن ان نتذكر الماضي ونستفيد منه في المستقبل مرورا بالحاضر.

ويمكن ان نستخلص عدة سمات مميزة للذاكرة، منها:

الذاكرة قدرة تشمل على: الاستدعاء- الإعادة- التعرف إلى شيء-التمييز- التحديد- عزل الشيء عن غيره.

الذاكرة ترتبط بالتعلم.

الذاكرة ترتبط بالحفظ والاستبقاء.

الذاكرة احد مؤشرات النمو العقلي.

الذاكرة ترتبط بالقدرات العقلية العليا ولذا توجد عند الانسان الطبيعي ولاتوجد عند الحيوان.

الذاكرة على عدة انواع وليست نوعا واحدا.

الذاكرة يمكن ان تصاب بالخلل ومنها اضطرابات الذاكرة والتي تعود اسبابها الى عوامل نفسية أو نتيجة ضرر يحدث في الدماغ.

اظهرت ابحاث الدماغ الفسيولوجية وجود مناطق ارتباطية محيطة بالمراكز الحسية والحركية تحوي انماطا للذاكرة كل واحدة منها تحوي نمطا مختلفا عما تحتويه المنطقة الارتباطية الآخرى.

الذاكرة تتطور بمرور الزمن وعبر مراحل النمو وباستمرار يزداد ما تحتويه الذاكرة من كم هائل من المعلومات، ولذا يمكن ان يتعلم الفرد خمس لغات أو أكثر.

أشكال الذاكرة

كون الذاكرة نشاطاً عقلياً مركباً فضلاً عن انها تدخل في نشاطات الحياة الإنسانية المختلفة فإنها تتعدد في أشكالها التي تظهر بها. ويمكن ان نحدد أشكال الذاكرة على أساس خصائص النشاط الذي تتحقق فيه وترتبط به العمليات العقلية المكونة للذاكرة، وفقاً إلى المحكات الآتية:

الذاكرة الحسية العيانية Concrete Memory:

وهي الذاكرة التي تتعلق بالانطباعات المتجمة عن الطبيعة والحياة من خلال أعضاء الحس. ويتضمن هذا الشكل أشكالا فرعية هي(الذاكرة البصرية – السمعية – الحسية – الشمية –الذوقية). وإذا كانت الذاكرة البصرية والسمعية هي الأقوى فمن الممكن ان تكون البقية أقوى كما هو الحال عند المكفوفين والصم، كتعويض لتعطيل نشاط الشكل البصري والسمعي. ويعد هذا النوع من الذاكرة (الحسية العيانية) ذات أهمية خاصة لدى الفنانين.

الذاكرة اللفظية المنطقية Verbal – Logical Memory :

مضمون هذه الذاكرة هو ان أفكارنا تعبّر عن جوهر الظواهر او الأشياء لكن الفكرة لا توجد بدون لغة، وإنما تتحد الفكرة في الكلمة او رمز لذا يطلق عليها (ذاكرة المعاني). وهذه الذاكرة تكون غنية بنظام من المفاهيم التي تجسد علاقات منطقية بين الظواهر او الأشياء.

الذاكرة الحركية Motor Memory :

وهي ذاكرة اكتساب نماذج الحركة وحفظها واستدعائها : (التطورات العقلية – الحركية) والتي تختص بالحركة وسرعتها، ومقدارها، وسعتها، وتتابعها، وتواترها والذاكرة الحركية ذات أهمية في التدريب على العاب الرياضية.

الذاكرة الانفعالية Emotional Memory :

يتمثل مضمونها في الحالات الانفعالية التي اقترنت بمواقف سابقة. وفي هذا النوع من الذاكرة يسترجع الفرد الماضي مصحوباً بانفعالات معينة، مثل شعور الفرد بالخوف إزاء مثيرات تذكره بخبرة مؤلمة سبق وعاشها.

ويمكن ان نقسم أشكال الذاكرة وفقاً لاستمرارية الاحتفاظ بمادة الذاكرة وهي على النحو الآتي:

الذاكرة الحسية Sensory Memory :

تتعرض حواسنا باستمرار إلى كمية هائلة من المعلومات. ولنفرض انك راقد على سريرك تقرأ في كتاب ما، فعيناك تستقبلان معلومات بصرية من الكلمات المكتوبة ومن الأشياء التي تبدو من خلال النافذة، قد تدخل الى إذنيك معلومات حسية – مثل محادثة تجري بعيداً – او تسمع تسجيلاً على جهاز تسجيل، وكذلك يسجل جلدك درجة الحرارة الضغط والألم، ورغم انك لا تعير ذلك أي انتباه، إلا ان المعلومات التي تتلقاها الحواس تدخل الى مخزن الإحساس Sensory store. الذاكرة الحسية البصرية (الايقونية) تجعل أمامنا دائماً صوراً ناعمة عن طريق ملء الفراغات البصرية. بينما تسمح لنا الذاكرة الحسية السمعية باستدعاء فوري ومحدد، فإذا نطق طالب يتعلم الانجليزية بكلمة (sun) على انها (zun) وقام المدرس بتصحيح النطق فهنا يتمكن الطالب من التمييز بدقة بين الصورتين لفترة قصيرة ويستفيد من نصيحة أستاذه.

والمعلومات التي تدخل الذاكرة الحسية تتلاشى وتختفي بسرعة ولكن يمكن الاحتفاظ بالمعلومات مؤقتاً على الأقل، إذا انتبهنا إليها وحاولنا فهم معناها ، فالانتباه الى المادة يؤدي بها الى الانتقال أوتوماتيكيا الى مخزن ذاكرة المدى القصير.

الذاكرة قصيرة المدى Shortterm Memory :

ومن التسميات الحديثة لها تسمى (الذاكرة العاملة) وهي نظام لمعالجة المعلومات بدأ من الترميز الى الاستيعاب وحل المشكلات والاشتراك بالحديث ...الخ (مطر، 2011، ص4). ومهمتها استبقاء واختزان المعلومات لفترة وجيزة بعد إدراك الفرد غير المستمر لها. هذه المعلومات وان كانت ترتبط قليلاً نشاط الفرد وأهدافه ودوافعه إلا ان إرساء وتوثيق آثار هذه المعلومات يتطلب من الفرد الوقوف على مغزاها بالنسبة له. وإلا فانها سوف لن تنتقل الى الذاكرة بعيدة المدى.

أما عن حجم المعلومات التي يمكن ان يحتفظ بها جهاز ذاكرة المدى القصير فقد كان هذا الموضوع موضع اهتمام العديد من الباحثين، ففي إحدى الدراسات لجأ الباحثون الى تقديم حروف وكلمات، وأرقام، وأصوات، ومثيرات أخرى الى المشتركين في البحث، وطلبوا منهم ان يتذكروا اكبر عدد ممكن منها، فوجدوا ان الأفراد نادراً ما يحفظون أكثر من (7) تركيبات (مجموعات) من أي شيء. هذه النتيجة تشير الى محدودية سعة هذا الخزن. ويسهل استدعاء المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى. اما إذا لم يتم استرجاعها او استظهارها، بعد مضي وقت ما، او ان يتم نقلها الى الذاكرة بعيدة المدى. فان النسيان سيكون مصيرها. وستتضاءل نتيجة تداخلها مع المعلومات الواردة الجديدة.

مما يعني لا بد من وجود مخزن ذي سعة اكبر يستوعب الكم الهائل الغزير من المعلومات التي تنهال على أجهزتنا الحسية من العالم الخارجي.

الذاكرة بعيدة المدى Long term Memory :

تقوم باختزان واستبقاء طويل الأمد للمعلومات بعد تكرارها لمرات عديدة، وتتصف مادة مخزون هذه الذاكرة بأنها مادة مفهومة تمتد الى مدى بعيد ساعات، أيام، أعوام، وفي بعض الحالات بصفة دائمة، مثل (اسم الشخص وعنوانه) وتمتاز هذه الذاكرة بقدرة غير محدودة على التخزين، كما انها تبدأ عملها منذ العام الأول من عمر الإنسان. وفي هذه الذاكرة يتم خزن الحقائق والمعلومات والمعاني والمفاهيم بصورة مماثلة للمادة الحقيقية او شكل مصغر لها، لذلك لا ينصح الباحثون إجراء امتحان للطلبة في نهاية الدرس لأجل التذكر وفهم المادة، إذ يعد هذا أسلوبا وقياساً للتذكر المباشر أي قياس المخزون الذاكرة قصيرة المدى، فالمطلوب هو قياس واختبار المخزون بعيد المدى الذي يتشكل من حقائق ومعان ومفاهيم تدل على مدى فهم الطلبة للموضوع.

ويمكن ان نسترجع المعلومات من الذاكرة طويلة المدى باستمرار، وطبقاً لنموذج أتكنسون – شفرين تهيمن الذاكرة قصيرة المدى على عملية الاسترجاع. وتكون هذه المهمة أحيانا سهلة والية، فلا يتطلب الأمر جهداً لتذكر اسم والدتك وعنوانك الحالي. لكن في أحيان أخرى يكون استرجاع الذكريات طويلة المدى أمرا شاقاً. وكثيراً ما نمر بخبرة من النوع الذي نحاول استذكار اسم شخص او كلمة معينة، ولكننا لا نستطيع ذلك في تلك اللحظة، مع اننا نكون متأكدين اننا نعرف ذلك الاسم وتلك الكلمة. ونشعر بان الاستجابة المطلوبة هي (على ظهر اللسان) Tip – of – The – tongue state(الرحو، 2005، ص140 – 156).

والذاكرة بعيدة المدى قدرتها غير محدودة على خزن المعلومات واسترجاعها، إلا ان هذه القدرة تتناقص بتقادم العمر والزمن. لذا حتى الذاكرة بعيدة المدى يمكن ان تنسى ولكن بنك ذاكرتنا يمكن ان يشحن باستمرار مع مرور الزمن أيضا.

ويمكن ان يحدث إعاقة في وصول المعلومات الى الذاكرة بعيدة المدى بسبب ان المعالجة السمعية تكون أيضا عند الأطفال الذين يعانون من تأخر في استخدام اللغة الذي ينتشر عند الأطفال خاصة اللذين يعانون من صعوبات التعلم، لذلك فهم بحاجة الى وقت أطول لمعالجة المعلومات السمعية والبصرية (Blakeslee , 1991) مما يجعل المعلومات تحتاج الى وقت أطول للوصول الى الذاكرة قصيرة المدى وبالتالي فأنها قد لا تصل الى الذاكرة طويلة المدى (Anastasiow , 1997 &Koorland , 1986 ; Kirk , Gallagher)، فضلاً عن هولاء الأطفال يحتاجون الى وقت أطول للإجابة على الأسئلة او لحل المشكلات. لهذا السبب الكثير مما يقدم للمتعلم يتم فقدانه، ولا يدخل الذاكرة قصيرة المدى وبالتالي لا يتحول الى الذاكرة طويلة المدى (Tallal , Miller, Fitch1993 &Velltion,1997).

الأسس الفسلجية والعصبية للذاكرة

موضوع مهم ومعقد مثل موضوع الذاكرة ليس من السهل بمكان دراسته سواء من الناحية العصبية او الناحية التشريعية او الناحية الكيميائية، ويكمن جزء كبير من صعوبة دراسة هذا الموضوع من اعتبارات أخلاقية، فليس من الممكن ان تجري تجارب على دماغ الإنسان لمعرفة الأماكن التي تجري او تتحكم في عملية التذكر والاسترجاع، ولهذا السبب أكثر معلوماتنا عن التعلم والتذكر آتية من التجارب على الحيوانات، وان الدراسات المختبرية على الحيوانات أظهرت وجود عدة تراكيب او مناطق دماغية لها علاقة مهمة جداً في الذاكرة. هذا من جانب، ومن جانب آخر غموض موضوع دراسة الأسس الفسلجية والعصبية للذاكرة جعل الباب مفتوحاً على مصراعيه للعديد من الباحثين لتقديم وجهات نظرهم في الموضوع ومنها:

النظرية التشريحية

أظهرت الدراسات ان كثرة تنبيه مناطق معينة من القشرة المعنية Cortexيؤدي الى زيادة سمكها ويحصل العكس عند قلة او عدم تنبيه مناطق المخ كما يحصل في المنطقة البصرية عند فاقدي البصر. ولعل من أشهر الدراسات في هذا الحال ما قام به بنفليد Penfielal (1959 – 1972) على منطقة من القشرة المخية سميت مؤخراً بالمنطقة المفسرة The interpretative Area عند تنبيهها كهربائياً ، فأنها تستطيع استدعاء سلسلة من خبرات الإنسان السابقة. فهي أشبه بجهاز تسجيل او شريط سينمائي يتحرك داخل المخ بالمناظر والأصوات والأفكار نفسها ، مما كوّن اعتقاداً ان هذه المنطقة مسئولة عن الذاكرة.

نظرية الدوائر (الدارات) العصبية Neuronal Circuits Theory

يرى أصحاب هذه النظرية ان التأثيرات الحسية الواردة للمخ تولد نمطاً patternمن النبضات العصبية في دوائر عصبية مكونة من عدة عصيبات ومرتبطة مع الفكرة المخزونة برباط وظيفي. قد تتزايد فعاليتها لحد يوصلها الى مناطق القشرة المخية الأخرى، فتصل لدرجة الوعي فيتذكرها الشخص.

النظرية الكيميائية

عادة ما يلاحظ ان الذاكرة الثابتة لا تمحى من الجهاز العصبي متى ما ثبت فيه عند استعمال الرجات الكهربائية(الصدمات الكهربائية) أو التخدير الطويل او تخفيض درجة حرارة الدماغ. هذه الملاحظات يمكن ان يستدل منها بان الذكريات قد تحفظ في الجهاز العصبي على شكل تغيرات كميوحيوية في حجراته العصبية ، وذلك مما أدى الى الاعتقاد بان هذه المهمة قد يقوم بها حامض الرايبو النووي Ribonucleic (RNA)حيث تقوم هذه المادة بدور مهم في توليد (القوالب) اللازمة لبناء المواد الزلاليه فيها ، أي ان مادة RNA تعمل على حفظ

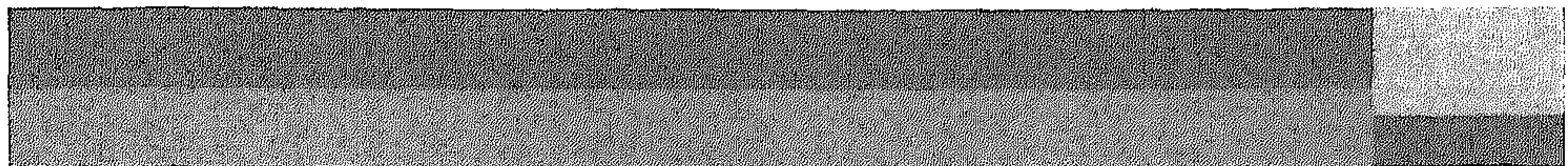
الذكريات على شكل شفرات كيماوية فيها، او في المواد البروتينية التي تولدها.

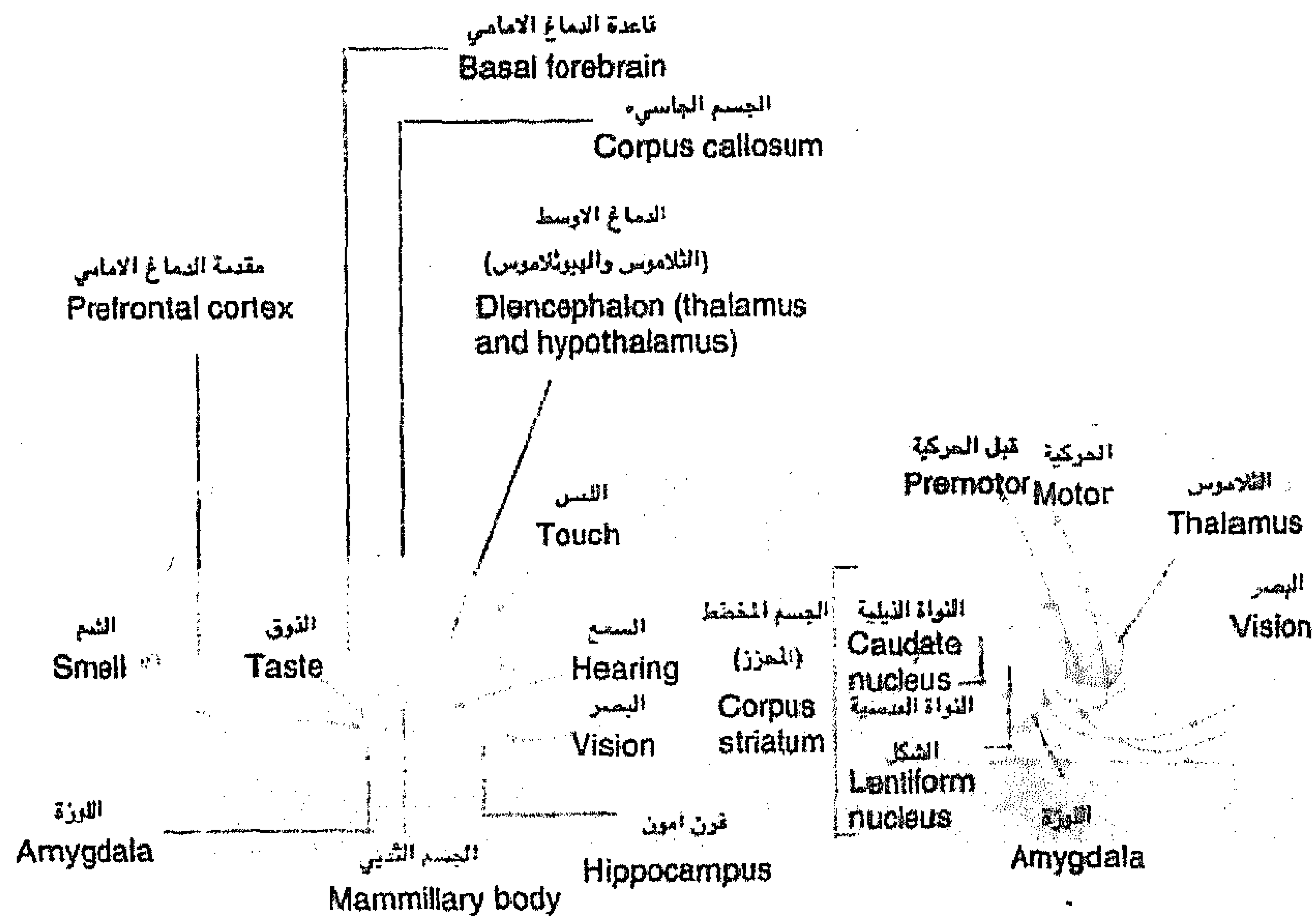
النظرية العصبية الكلية للدماغ

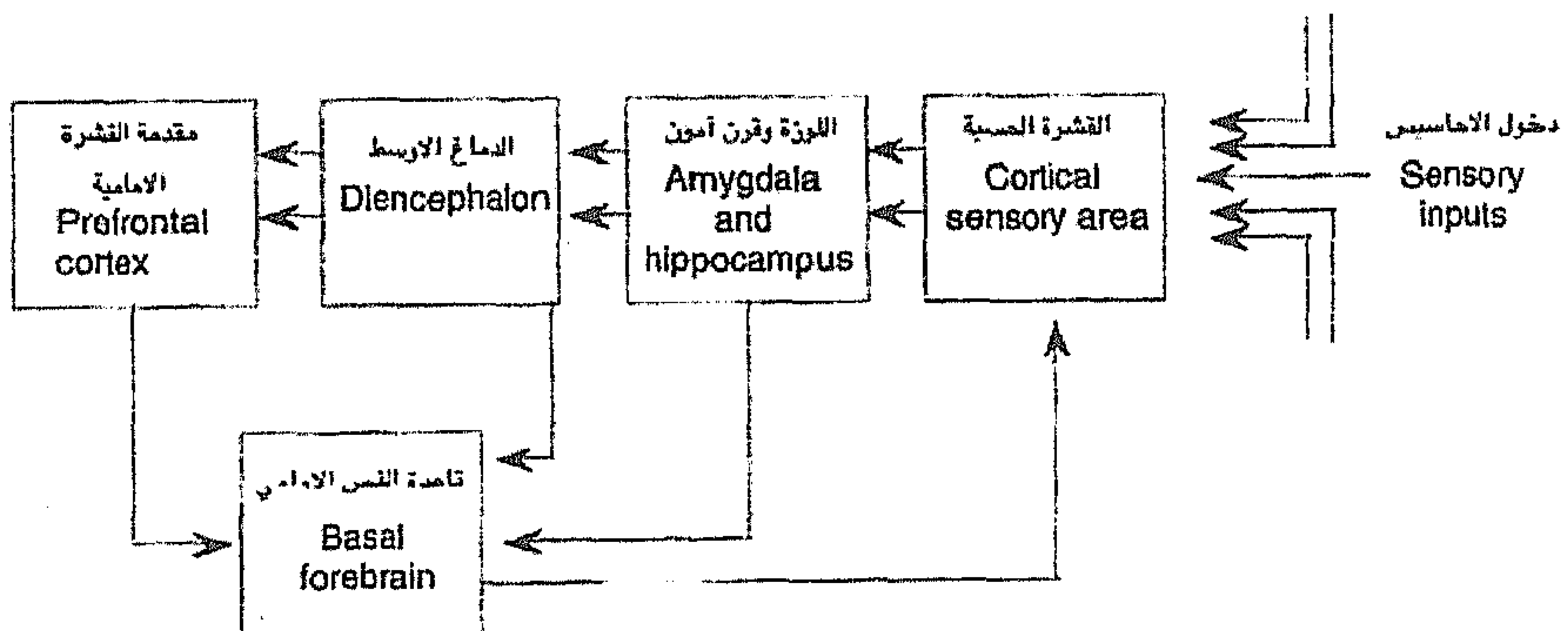
ترى هذه النظرية ان دماغ الإنسان يعمل بشكل كلي، لذا فان عملية تذكر الحقائق لابد وان تكون كلية أيضا. وكل نوع من أنواع الذاكرة مرتبط أيضا بمنطقة من مناطق القشرة الدماغية، فمثلاً التذكر البصري لا بد وان يخزن في الفص البصري (القذالي) وتذكر الموسيقى في الفحص الصدغي، وهكذا... هذا الاستنتاج جرى التوصل إليه بعد ان تم اكتشاف المناطق الرابطة في دماغ الإنسان او ما تسمى بالمناطق الارتباطية (الرخاوى، 2001 ص 235).

حيث تحيط هذه المناطق بالمراكز العصبية المسئولة عن الرؤيا والسمع والإحساس والشم وبواسطة هذه المناطق يجري حفظ الرموز والصور والمعاني، أي ان المناطق الارتباطية تساعد في إعطاء معنى للشيء المسموع، والشيء الذي نشمه، او نراه، او نحس به باللمس.

فضلاً عن وجود مناطق أخرى مختلفة تشارك وتتعاون في خزن الادراكات الحسية وتساعد في تذكر الحقائق، وهذا ما أشارت إليه بحوث مكثفة في هذا الميدان. فقد أوضحت ان مناطق قرن آمون Hippocapusوالدماغ الأوسط diencephalons(مناطق محددة من الثلاموس والهايبوثلامس) والجزء البطني الأوسط لمقدمة الجزء الأمامي للقشرة). Ventromedialprefrontal cortexوقاعدة الدماغ الأمامي Basal Forebrainوهي خلايا متعنقدة تفرز مادة استيل كولين تقع أمام الهايبوثلامس، انظر الشكل(11) والشكل (12).

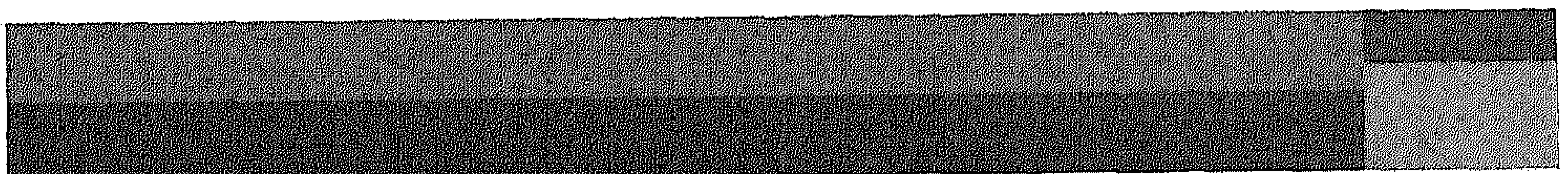


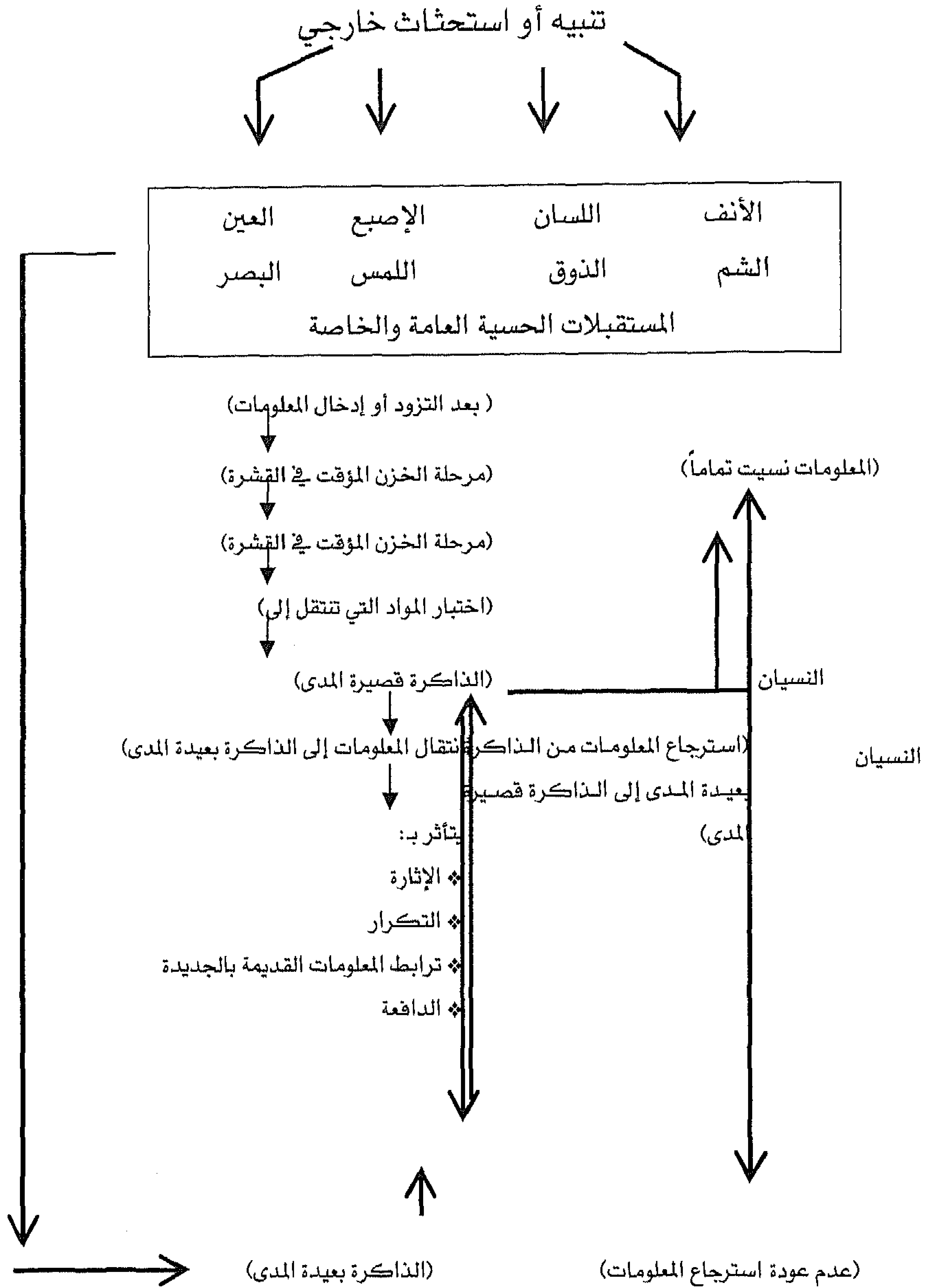




الشكل (11)

يوضح موقع قرن آمون والثلاموس والهايبوثلامس. *المصدر (البياتي، 2002)*





شكل (12)

انتقال المعلومات من الذاكرة الحسية قصيرة المدى ومنها الى الذاكرة بعيدة المدى وأهمية العوامل الانفعالية والذهنية والترابط الجديد بالقديم

خزن المعلومات في الدماغ

بوصول الادراكات الحسية وتشكيلها في مناطق القشرة الحسية تقوم الخلايا القشرية بإرسال ومضات بواسطة دائرتين متوازيتين الى قرن آمون واللوزة، وكلاهما متصل بالدماغ الأوسط (أجزاء محددة من الثلاموس والهايبوثلامس) ومع قاعدة ومقدمة الفص الأمامي للقشرة. وقاعدة الفص الأمامي، وبواسطة اتصالها الراجع الى القشرة الحسية عندها تغلق حلقة الذاكرة هذا المخطط (او الحلقة) يقترح ان المناطق تحت القشرية تقوم باتصال أولي بين الذاكرة المخزونة والادراكات الجديدة، وذلك بدخل المناطق القشرية (التي تخزن فيها الذاكرة البعيدة المدى) على شكل استدعاء او استرجاع او تذكر الى ان يتم تماسك المعلومات الجديدة، وبعد ذلك فان استرجاع الذاكرة الجديدة يظهر عندما تنبه نفس الخلايا القشرية.

يظهر ان مقدمة القشرة ضرورية في استرجاع تعلم (الحقائق) مثل الأسماء الكلمات المواعيد ...الخ من المخزن البعيد المدى أينما تم خزنه في الدماغ لكي تستعمل في المهارات الحالية. وبما ان الذاكرة متعددة الأشكال والوظائف، مثلاً تذكر مكان الأشياء وأشكالها وأسمائها ... الخ ، لذا يبدو ان هذه الوظيفة المتعددة المضاعفة اما ان تثير او تحيط مناطق أخرى في الدماغ.

وأشارت دراسة البياتي Al-Bayati 1978 ان استحثاث قرن آمون (أنظر شكل 11) يسبب فقدان الذاكرة المكانية ولا يسبب فقدان الذاكرة الآلية والمهارية، مما يعني ان قرن آمون هو المسئول عن التعلم والتذكر المكاني، بينما وجد ان اللوزة Amygdale هي البوابة الحافظة لجهاز الذاكرة بحكم ان اللوزة لها ارتباطات واسعة مع كل مناطق القشرة الحسية، كذلك مع الثلاموس ومراكز الاستجابة الانفعالية في الهايبوثلامس كذلك يبدو ان اللوزة مسئولة عن ربط أنواع الذاكرة التي تشكله عبر مختلف الأحاسيس كما تربطها مجالات انفعالية – عاطفية تولدت او تكونت في الهايبوثلامس. وأظهرت الدراسات ان

تخريب او استحثاث (قرن آمون او اللوزة) كهربائياً يؤدي الى فقدان للذاكرة خاصة القصيرة المدى، اما إذا كان تخريب المنطقتين حصل في جانبي الدماغ Bilateralفانه يسبب فقدان كامل للذاكرة (لان حلقة الذاكرة تتقطع) اما الذاكرة المتماسكة Consolidated Memories فلا تتأثر، ولكن لا يمكن ان يحصل ربط للمعلومات الجديدة مع القديمة المخزونة ويكون الإنسان في هذه الحالة يعيش (ساعته او وقته الحاضر) أي ينسى الأشياء اللاحقة بعد حصول التخريب او القطع بين قرن آمون واللوزة. هذه الظاهرة تسمى Intergradedamnesiaأي نسيان الأحداث اللاحقة بعد حصول الصدمة والمرض الذي سببها وتعني النسيان اللاحقة وبعكس ذلك يوجد (النسيان السابق) Retrograde amnesiaوهو فقدان الذاكرة التي تشكلت بوقت طويل سابق او قبل حصول ضرر ما في مناطق الذاكرة مباشرةً، وكمثال على النسيان اللاحق، تصور انك قمت بمناقشة شخص ما وتحدثت معه وبعد مرور خمس دقائق صادفته مرة أخرى سترى انه نسيك ونسى كل المحادثة التي جرت بينكما، ومثال آخر عل النسيان السابق عندما يصاب احد الأشخاص بصدمة قوية في رأسه في حادث سيارة، وبعد ان يشفى جسمه تقريباً ويسأل كيف تم الحادث ؟يقول لك لا أتذكر تماماً كيف حصل الحادث وماذا حصل بعده. نفس الحالة هذه عندما يقطع الاتصال بين اللوزة والدماغ الأوسط او مقدمة القشرة، لذا يبدو ان الذاكرة تعتمد على سلامةاو تكامل integrity هذه الحلقة او الدائرة الداخلية (البياتي2002 ، ص 310 -316).

وجهات النظر المعاصرة في تفسير الذاكرة

وجهة النظر المعرفية

تفسير الذاكرة على انها سريان المعلومات وفق جوانب رئيسية هي:

الترميز Encoding .

التخزين Storage.

الاسترجاع Retrieval .

وتضمنت وجهة النظر المعرفية العديد من النماذج المعاصرة لتفسير الذاكرة ومنها.

نموذج أ. تكنسون – شفرين Shaffer & Atkinson :

تخيل ان صديقاً لك يجمع المعلومات وأخبرك ان مخ الإنسان يزن حوالي (3) أرطال، وان مخ الفيل يزن حوالي (13) رطلاً، وان مخ الحوت يزن تقريباً (20) رطلاً. فكيف ستخزن هذه المعلومات ذاكرتك؟ هذه المعلومات التي سمعتها أولا تلقتها أعضاء الحس (السمع) لذا فان أول نافذة تمر من خلالها وتخزن فيها مؤقتاً هي الذاكرة الحسية Sensory Memoryوالحفظ في هذه الذاكرة شبه الصورة التي تظل في مخيلتك بعد النظر إليها مباشرةً لكنها تختفي في اقل من الثانية، إلا إذا نقلت فوراً الى الذاكرة الأخرى وهي الذاكرة قصيرة المدى (Short term Memory(S T M) أو المخزن ذو المدى القصير، ولكن هذا الانتقال لا يجري إلا إذا انتبه الشخص الى المعلومات التي سمعها او رآها ... الخ لوقت قصير. فلو كنت قد أصغيت لصديقك حين كان يكلمك عن أحجام الأمخاخ لكنت حولت الأصوات بالشفرة الى كلمات لها معناها، وحينئذ تمر المعلومات الى الذاكرة قصيرة المدى. وهكذا فان هذا الجهاز كثيراً ما يصور على انه مركز الوعي.

تعمل الذاكرة قصيرة المدى على حفظ او خزن كل الأفكار والمعلومات والخبرات التي يعيها الفرد إلى وقت محدد، ويقوم مخزن هذه الذاكرة بالحفاظ على كمية محددة من المعلومات بصفة مؤقتة لمدة (15) ثانية إلا انه يمكن الاحتفاظ بهذه المعلومات لمدة أطول في هذا الجهاز عن طريق الحفظ او التكرار. وفضلاً عن وظيفتها في التخزين فان الذاكرة قصيرة المدى تعمل أيضا كمركز تنفيذي، فهي تدخل المعلومات وتخرجها من والى جهاز أخر للذاكرة أكثر سعة

وديمومته هو الذاكرة بعيدة المدى Long term Memoryلكن التعامل البطيء او الضعيف مع المعلومات يمكن ان يحفظها في الذاكرة قصيرة المدى (STM) لمدة ثواني، وربما دقائق لكنه غير كاف لانتقالها الى جهاز (LTM) ويكون مصيرها النسيان.

ولكي تحول المعلومات الى مخزن الذاكرة بعيدة المدى، يجب ان يتم التعامل معها بطريقة أكثر عمقاً، وهنا يلجأ الأفراد الى وسائل حفظ متقدمة تساعد على حفظ المعلومات في الذاكرة بعيدة المدى، ومن هذه الوسائل:

يفهمون أكثر المعلومات ويفكرون في معنى ما سمعوه.

يربط بين المعلومات الجديدة وبين الأفكار الموجودة فعلاً (القديمة) في مخزن الذاكرة بعيدة المدى.

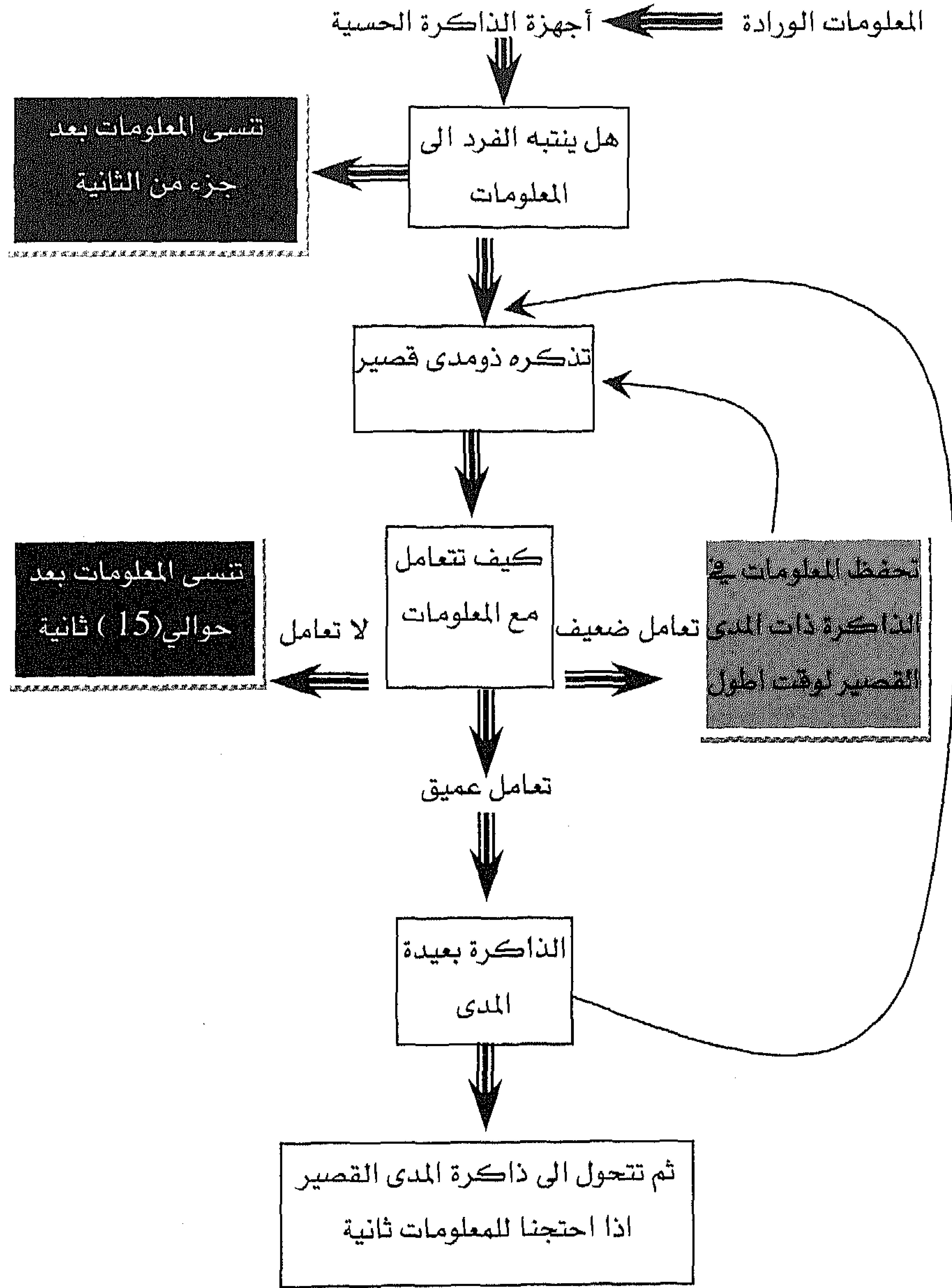
يعمدون الى تكرار المعلومات.

إعادة تكرارها عدة مرات على شكل فترات زمنية متقطعة.

قراءتها بشكل مسموع حتى يشرك أكثر من حاسة في الخزن.

وبالعودة إلى المثال السابق حول تحديد الأحجام، وسؤال احد الأشخاص لك بعد ثوان من تعليق صديقك (هل مخ الإنسان اكبر من مخ الحيوان؟ فالمعلومات اللازمة ستكون في الذاكرة قصيرة المدى وسيكون البحث والإجابة سريعين وبسيطين، لان هذه الذاكرة تحتوي على كمية قليلة من المعلومات).

وإذا سألك احدهم بعد عام نفس السؤال، فعليك البحث حينئذ في المخزن طويل المدى (LTM)، فإذا كنت قد استعملت المعلومات أكثر من مرة او حفظتها، فالإجابة ستكون سهلة وسريعة والشكل التالي يوضح شكل مبسط نموذج أتكنسون – شفرين للذاكرة (الرحو ، 2005 ، ص 153 – 156)، أنظر الشكل (13).



شكل (13)

نموذج اتكنسون – وشفرين للذاكرة

الذاكرة واللغة والتخلف العقلي

يعد الأطفال المتخلفون عقلياً اقل قدرة على استرجاع المعلومات وذلك بسبب محدودية قدرتهم على استخدام الذاكرة، ولذا تنتج مشاكل الذاكرة لديهم من ضعف الاستيعاب، او ضعف تقسيم او تطبيق مما تم تخزينه لموقف معين.

وتشير النتائج عند مقارنة القدرات التعليمية للأفراد المتخلفين عقلياً مع الأفراد العاديين انه عندما يطلب من المتخلفين عقلياً تذكر قائمة كلمات او أصوات او مجموعة صور، فإنهم يقومون بالأداء بشكل اضعف من الأفراد العاديين (Brokowski et.al , 1963) وكلما ازداد عمق مستوى المعالجة المطلوبة للمعلومات ازدادت احتمالية ان تكون لدى الأفراد المتخلفين عقلياً مشاكل في الذاكرة، بمعنى آخر كلما ازدادت تعقيد مهمة الذاكرة، ازدادت احتمالية ان الفرد المعاق سيواجه صعوبة في التذكير (Tulving, 1975 & Carik).

والسبب الآخر الذي يجعل المتخلفين عقلياً يعنون من صعبوبة التذكر، هو ان ما يمتلكونه من معلومات قليل جداً، وذلك يعود أصلا الى ان هؤلاء الأفراد يتصفون بمحدودية الانتباه، وقد أوضحنا ذلك من ان المعلومات حتى تنتقل من الأجهزة الحسية التي تستقبل المثيرات إلى الذاكرة قصيرة، لابد من ان يقوم الشخص بالانتباه لهذه المعلومات فهم لا يستطيعون تلقي المثير كما ينبغي وذلك فانهم لا يستطيعون الانتباه إلى جوانب المشكلة التي بين يديه قبل ان يتعلم. وبالتالي لا يستطيعون التفكير بها كما ينبغي. وان العديد من مشاكل الأفراد المتخلفين عقلياً تعود الى نقص في الانتباه، فهم يواجهون صعوبة في تركيز انتباههم بالقدر المناسب على المهمة التي بين أيديهم(Mc Gauleg . & Brooks 1984 ; Zeaman House, 1963).

ولخص ماكميلان (Macmillan 1977) الدراسات التي أجريت في مجال قدرة الانتباه لدى المتخلفين عقلياً وعلاقتها بالتعلم واثر ذلك على الذاكرة وهي:

يعاني المتخلفين عقلياً من نقص واضح في الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، وخاصة لدى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة الشديدة.

يعاني المتخلفون عقلياً (وخاصة فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة) من فرص الإحباط والشعور بالفشل.

يعاني المتخلفون عقليا من سوء استقبال للمعلومات أثناء عمليات او مراحل التعليم والتذكر، ولذا كان من الضروري لمعلم التربية الخاصة العمل على مساعدة الأطفال المتخلفين عقلياً على استقبال المعلومات بطريقة منظمة سهلة.

يميل الأطفال المتخلفون عقلياً الى تجميع الأشياء او تصنيفها بطريقة غير صحيحة، وقد يعود السبب في ذلك الى الطريقة التي يستقبل فيها المتخلفون عقلياً تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

أيضا النقص في القدرة على الانتباه لدى المتخلفون عقلياً سبباً في كثير من المشكلات التعليمية لديهم (البطاينه وآخرون – 2007 ، ص 145 -146).

أيضا من أسباب قصور الذاكرة لدى المتخلفون عقلياً هو ان هؤلاء الأطفال يعانون من نقص عام في التطور اللغوي، ومن مشاكل خاصة في استخدام اللغة التفسيرية، وبسبب هذا القصور يصبح لديهم صعوبة في الفهم والتفسير وربما تعود في احد أسبابها الى الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها المتخلفين عقلياً، وصعوبة الفهم تجعل من الصعب انتقال المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى الى الذاكرة طويلة المدى. فالشخص الذي لا يفهم ولا يستطيع ان يفسر المعلومات التي تصل إليه من الذاكرة الحسية، فان من الصعب انتقالها الى الذاكرة طويلة المدى. لان النمو اللغوي كما أشارت الدراسات السابقة لا يتطور بمعزل عن القدرات المعرفية ولذا فانه لا غرابة في ان تجد الأشخاص المتخلفين عقلياً يواجهون صعوبات في التعلم اللغوي، وفي تأدية المهمات المعتمدة على التعلم اللفظي

واللغوي، وقد أشار في هذا الخصوص هلان وكوفمان (Hallahan , Kauffman 1962 ,). الى الخصائص التالية للنمو اللغوي للأشخاص المتخلفين عقلياً:

ان مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات يرتبط بشدة الإعاقة العقلية الذي يعاني منه الفرد.

ان المشكلات الكلامية واللغوية لا تختلف باختلاف الفئات التصنيفية للمتخلفين عقلياً.

ان البنية اللغوية لدى المتخلفين عقلياً تشبه البناء اللغوي لدى غير المتخلفين عقليا فهي ليست سوية ولكن بدائية.

وأشار ميلر (Miller 1981) ان درجة شيوع وشدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المتخلفين عقلياً، ترتبط بدرجة عالية بشدة التخلف العقلي، فلغتهم ضعيفة من حيث المحتوى والتراكيب وهم يتأخرون في النطق، فضلاً عن ان لغتهم تتصف بالنمطية والبطء في التطوّر.

كيفية تحسين الذاكرة من خلال القراءة الصحية؟

عندما يستخدم الناس تعبير(التعلم) فهم عادة يتحدثون عن استقبال المعلومات وتخزينها في الذاكرة طويلة المدى ثم استرجاعها. ونلاحظ من خلال النموذج الذي قدمه اتكنسون – شفرين في الذاكرة، ان التعلم يتضمن نقل المعلومات من ذاكرة المدى القصير إلى ذاكرة المدى الطويل ثم عند الاسترجاع يجري إعادتها من الذاكرة طويلة المدى إلى الذاكرة قصيرة المدى.

إذاً حتى تتم هذه العملية (إدخال المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى الى الذاكرة طويلة المدى ثم استرجاعها من الذاكرة طويلة المدى الى الذاكرة قصيرة المدى مرة ثانية) ولكي تتم هذه العملية بشكل مفيد تجري من خلال إدخال المعلومات بشكل صحيح.

إدخال المعلومات في ذاكرة المدى الطويل:

منذ زمن طويل أجرى عالم النفس الأمريكي الشهير ويليام جيمس William Jamesتجربة لاختبار ((هل ان الذاكرة [مهارة] مثلها مثل بقية المهارات يمكن تحسينها؟)) أجرى هذا العالم التجربة على نفسه، وعلى أصدقائه من خلال معرفة كل منهم للوقت اللازم لتعلم عدد معين من السطور للقصيدة (أ)، ثم دربوا ذاكرتهم على حفظ مقاطع من قصيدة أخرى (ب) ثم جاء الاختبار. فلاحظ كل منهم الوقت اللازم لحفظ جزء أخر بنفس الطول من نفس القصيدة (أ). لكن لم يظهر لأي منهم تحسناً في الذاكرة يمكن ان يعزى الى التدريب، وانتهى جيمس إلى رأي مقبول حالياً: ان التدريب وحده لن يقوي الذاكرة. بينما يقويها اكتساب وسائل محسنة لتخزين الحقائق. ومن هذه الوسائل الانتباه والتنظيم والمشاركة الجدية، ووجود فسحه من الوقت بين جلسات التعلم، والتعلم المستمر، واستخدام العزيز. كل هذا يحسن من عملية الاستقبال للمعلومات في الذاكرة قصيرة المدى. وفي أدناه توضيح لكل واحدة من تلك الوسائل:

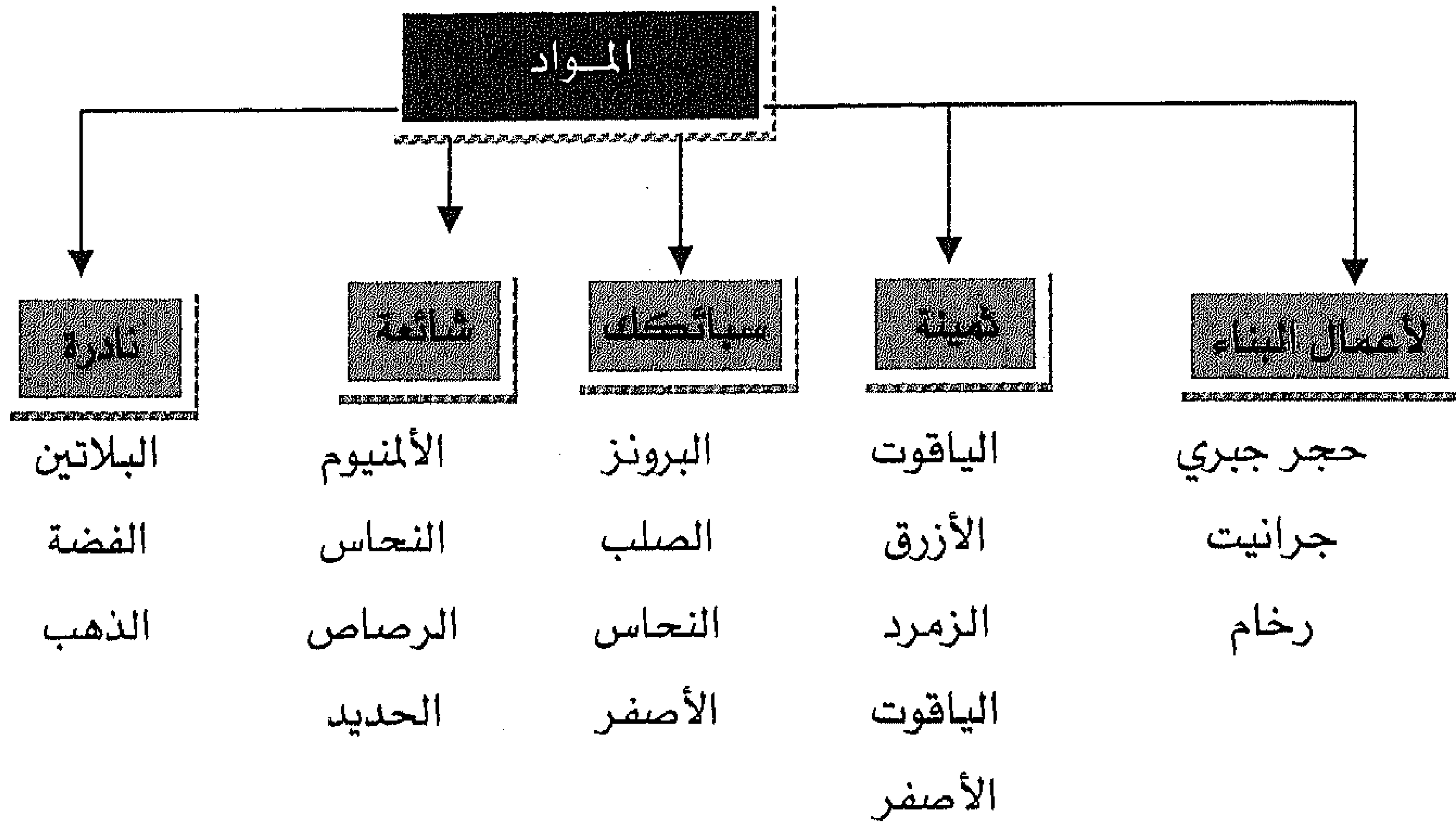
الانتباه

يحاول بعض الطلبة التعلم وفي نفس الوقت يستمعون إلى الراديو، او يتكلمون مع أصدقائهم، او يتخيلون ما سيفعلونه في عطلة نهاية الأسبوع. فهم يفترضون ان الدراسة تستلزم كماً ضئيلاً من الانتباه. لكن هل هذا صحيح؟

ان إدخال المعلومات في الذاكرة طويلة المدى يتطلب ان تقرأ لتفهم المعنى. وان يستخدم أسلوب التعامل العميق مع المادة (الاستظهار بتؤدة وعلى مهل). وأسلوب التعامل العميق مع المادة يتضمن ربط المادة بالأفكار والصور والمعلومات الأولية او الخبرات السابقة. والناس لا يمكنهم القيام بهذه الأنشطة دون انتباه وهذه حقيقة سجلتها الأبحاث العديدة في هذا المجال. وأشارت دراسات أخرى ان توزيع انتباه الناس بين عدة أنشطة صعبة، فان الأداء عادة ما يتأثر وللنجاح في أداء أعمال مركبه كالتعلم، لابد للطلبة من تركيز جهودهم على ما يقرؤونه.

التنظيم

إذا حاول الأفراد ((حشر)) المعلومات في ذاكرتهم طويلة المدى دون ان يعنوا أولا بتنظيم المعلومات، فانهم يجدون مشقة في تذكر هذه المادة فيما بعد، وهذا ما أيدته دراسة عالم النفس جوردن بور Gordon Bower 1970 في هذه الدراسة عرض هذا العالم بعض الكلمات بترتيب عشوائي الى مجموعة من الطلبة وقدم نفس الكلمات على شكل جدول متسلسل الى مجموعة أخرى من الطلبة. انظر الشكل (14) الآتي:



شكل(14)

دراسة بور Bower 1970 عندما تنظم المعلومات بشكل واضح في الجدول المتسلسل تذكرها كما هو عليه في الترتيب العشوائي.

وبعد ذلك أعطى الطلبة في المجموعتين نفس المقدار من الوقت في حفظ الكلمات وكانت النتائج كالآتي:

المجموعة التي درست الكلمات في الجدول (المخطط) تمكنوا من تذكر (64٪) من المادة. اما المجموعة التي درست بشكل عشوائي، فقد تذكروا في المتوسط (19٪) فقط.

وواضح ان الجدول المتسلسل او المخطط اجبر الأفراد على ان التنظيم المنطقي الذي يجمع بين الكلمات، يساعد على الحفظ بشكل أفضل من العشوائية، وترى كثير من الدراسات ان تعلم الطلبة طريقة (الحفظ الأصم) أي الحفظ الآلي فهم لا يحتفظون بالمعلومات طويلا كما يحدث عندما يركزون على المنطق او العلاقة التي تحكم او تربط بين عناصر المادة. وبالمثل فان الناس يتذكرون بشكل أفضل إذا قاموا بحل المسائل بأنفسهم(التعلم بالعمل Learning by doing) ولم يقوموا بحفظ الحلول التي توصل إليها آخرون.

وليس المهم فقط هو محاولة تنظيم المادة الجديدة، ولكن من الضروري والحيوي ان تربط ما بين المعلومات الجديدة والمعارف التي اكتسبتها، فكلما ارتبطت حقيقة بحقائق أخرى في العقل سهل على ذاكرتنا ان تحتفظ بها، لدرجة تصبح كل حقيقة من الحقائق الأخرى أشبه بالسنارة تتعلق بها الحقيقة الأولى ووسيلة تفيد هذه الحقيقة عندما تختفي تحت السطح، وهذه الحقائق معاً تكون شبكة من الارتباطات بها تصبح الحقيقة الأولى جزءاً من نسيج فكرنا. ان سر الذاكرة الجديدة هو المقدرة على تكوين ارتباطات عديدة ومتنوعة بكل حقيقة نود ان نحفظها. إذا هذا الاستنتاج يسير وفقاً لمبدأ الفهم للمعلومة الذي يسهل دخولها الى الذاكرة طويلة المدى فإذا لم يقوم الفرد باستيعاب المعلومات، أي فهمها بالشكل الصحيح فإنها سوف لن تنتقل لكي تخزن في الذاكرة طويلة المدى. ولهذا نرى ان الطالب الذي يقوم بحل الأسئلة بنفسه فان ذلك يساعده على فهم الموضوع. وفهم الموضوع يساعد على خزن طريقة الحل في الذاكرة طويلة المدى أفضل مما لو حفظ المسألة المحلولة التي قام غيره بحلها. فهو يحفظ شيء محلول، وقد حفظه لكنه لا يعرف ما هي الطريقة التي اعتمدها غيره في حل المسألة.

ويمكن ان نفهم الربط بين الخطوة الأولى الانتباه، والخطوة الثانية التنظيم، من خلال ما نسمعه من الكثير من شكاوي الطلبة. فهم يقولون ((نحن

نقرأ عشر ساعات البعض يقول أنا قرأت(12) ساعة او أكثر من ذلك بقليل او أكثر ... الخ ، لكننا لا نستطيع الإجابة على أسئلة الامتحان بشكل صحيح لصعوبة تذكر المادة التي قضينا ساعات طوال في قراءتها...)).

ما يقوله الطلبة صحيح فهم يقضون ساعات طوال في القراءة بدون جدوى. يظهر ان الطلبة يقرؤون بدون انتباه كافي بسبب تعدد مشتتات الانتباه المحيطة بهم. والمعلومات التي نتعامل معها بدون انتباه تمر أشبه بفلم تشاهده او تسمعه لكن مع عدم الانتباه لهذا الفلم فلا يخزن منه شيء في الذاكرة وان بقى منه شيء في الذاكرة فهو ضئيل جداً. السبب الأخر قد يقرأ الطالب لموضوع معين ساعات طوال لا يفهم ماذا يقرأ، والقراءة مع عدم الفهم لا تساعد على حفظ المعلومات في الذاكرة طويلة المدى، وأوضح مثال على ذلك ماذكر سابقا. تبقى المسألة التي يحلها الطالب في ذاكرته مدة أطول مما لو حفظها محلولة من آخرين، لان في الطريقة الأولى فهم الحل، والفهم يساعد على إبقاء المعلومات في الذاكرة أكثر من دون فهم، فضلاً عن سبب ثالث وهو ان الفهم يقتضي التنظيم فلا يمكن فهم مادة معينة بدون ان تكون أجزائها منتظمة متسلسلة في معلوماتها التي تحويها، كذلك يمكن ان تحفظ الذاكرة بالمعلومات فترة أطول عندما يقوم الطالب بإجراء التحضير لمحلول كيميائي بنفسه بالمختبر، أي تحويل الجانب النظري الى عملي، فتحويل القضايا النظرية بشكل عملي في المختبر او الحقل يساعد على فهم تسلسل الخطوات التي تضمنها العمل. وهنا ساعد الفهم والتنظيم على خزن المعلومات في الذاكرة بعيدة المدى بشكل أفضل(الجبوري، 2011، ص374-380).

ولكن أحيانا يكون من الصعب خلق ارتباطات عديدة ومتنوعة مع أنواع معينة من الحقائق او المعلومات، فلنفرض انك تريد ان تتعلم أسماء مجموعة من العظام او قائمة من الألوان، او قاعدة من قواعد الهجاء او مفردات من اللغة. لا يوجد بين هذه المواد علاقة داخلية منطقية وليس من السهل ربطها بخبرات سابقة.

ولهذا وجدت ((حيل الذاكرة Mnemonic derices وهي وسيلة لتنظيم مثل تلك المعلومات وهي تتيح لنا ان تربط بين مواد غير مرتبطة لتحصيل على مجموعة مترابطة وذات معنى.

حيل الذاكرة Memonic derices

الترميز

بواسطة استعمال الترميز يمكن تحويل بعض المعلومات الصماء وغير المفهومة الى كلمات ذات معنى معين، او على شكل اسم معين، وبهذه الطريقة تزداد قدرة الطالب على الحفظ، ويمكن لكل طالب ان يستخدم هذه الآلية حسبما يملك من إستراتيجية عقلية خاصة به. فأحيانا نأخذ الحرف الأول من بعض الكلمات وتحول هذه الحروف الى كلمة واحدة او أكثر يسهل على الطالب حفظها.مثال ألوان الطيف الشمسي في اللغة الانكليزية وهي (Red , Orange , Violet , Indigo , Bleu , Green , Yellow) لسهولة حفظ هذه الألوان ووفق تسلسلها الصحيح ممكن ان نأخذ الحرف الأول من كل كلمة وتكوين من هذه الحروف اسم معين مثل Roy G Biv . مثال آخر من مرض الايدز syndrome A acquired Immunity Deficiency) فقدان المناعة المكتسبة) يمكن ان يحفظ بسهولة من خلال أخذنا الحرف الأول من كل كلمة وجمعها في كلمة واحدة هي الايدزAIDS . وأيضا مثال على ذلك كلمة أوبكOPCالتي تشير الى منظمة الدول المصدرة للبترول،وكذلك كلمة اليونيسيفUNICEF منظمة الطفولة (الطريحي وحمادي ،ب ت، ص 26- 30).

التصور الذهبي

أشارت الأبحاث المختبرية ان استقبال المعلومات بصريا يجعل المادة سهلة التذكر عنها في حالة التكرار والإعادة، وإذا ما تم الجمع بين الصور والتكرار فهذا يعطي نتائج أفضل من استعمال التكرار فقط، أي اقتران الكلمة بالصورة

(النظرية الاقترانية) واستعمال الوسيلتين معا يجعلنا نعتمد نوعين من مخازن الذاكرة شفوية وبصرية، فعندما نقرأ البراميسيومونتخيل او نتصور (البراميسيوم على شكل حبة الفصولياء)يجعل التذكر أكثر سهولة ويسر مما لو اقتصرت على قراءته فقط دون رسم صورته في الذاكرة، ولهذا تستخدم هذه الإستراتيجية في التعلم في المراحل الابتدائية. مثلا حينما نرسم دار ويكتب أسفلها كلمة دار حتى يسهل على الطالب من خلال عملية اقتران الصورة بالكلمةحفظ الكلمة وبالتالي سهولة تذكرها.

المشاركة النشطة

يعتقد كثيرا من الطلاب ان قراءة مقالة او موضوع مرة واحدة يكفي لاستيعاب المحتوي. وقد أثبتت الدراسات المختبرية ان هذه الفكرة لا أساس لها. فالتعامل النشط ضروري لحفظ المادة الشفوية ولهذا وجدة ((النصوص السابقة الإعداد)) Programmed texts . وآلات التدريس، تواجه الطلبة بكميات قليلة من المعلومات وتصاحبها أسئلة تجبر الطالب على اختبار فهمه للمادة قبل ان يشرع في دراسة غيرها وتظهر الآلة الإجابة الصحيحة فوراً لتكوين ذخيرة من المعلومات والتنبيه الى الحقائق او المفاهيم التي تحتاج إلى تدريب أو إيضاح.

وقليل من الطلبة يتاح لهم استعمال هذه الآلات، وكثير من النصوص غير معدة مسبقاً لذلك، غير ان الطلبة عليهم المشاركة جدياً مستخدمين النصوص المعتادة فتنظيم المادة كما سبق واشرنا، هو احد طرائق المشاركة، وهناك وسيلة مستخدم على نطاق واسع معروفة باسم النظام SQ3R وهي تساعد على المشاركة الجدية بطريقة مبرمجة وتعد SQ3R اختصارللحروف الخمس الأولى من كلمات هي Survey المسح، Question السؤال، Read القراءة، Recite التسميع، Review المراجعة. وفي أدناه توضيح لهذه الطريقة:

المسح Survey :

أشارت الدراسات المختبرية ان الناس يحسنون فهم المادة الشفوية المركبة إذا كانت لديهم فكرة مسبقة عن طبيعتها، فإذا فهمت كيف يتم تنظيم أو تنسيق فصل من كتاب، سهل عليك توقع ما في هذا الفصل، وتصبح أكثر قدرة على رؤية الترابط بين الحقائق وعلى إضافة مادة جديدة إلى المادة المختزنة في الذاكرة طويلة المدى. مثال على ذلك: إذا أردت ان تأخذ فكرة عما في فصل تريد قراءته، فالأفضل ان تقرأ المقدمة او الملخص الخاص بالموضوع.

السؤال Question :

يبدو ان الناس يتذكرون المادة بطريقة أفضل إذا توقفوا لإلقاء الأسئلة والإجابة عليها، أي ان الطالب عندما يقرأ الموضوع يقوم بوضع أسئلة عن الموضوع نفسه ليختبر مدى فهمه من خلال الإجابة عن تلك الأسئلة. فهذا النوع من التدريب يجعل الطالب يركز الانتباه على المعلومات الهامة ويثير في الطالب الرغبة في التعامل العميق مع المادة، فإذا ألقيت بعض الأسئلة وتمكنت من الإجابة عليها فمعنى هذا انك قادر على التفكير في المادة. وهذه الطريقة يتحقق فيها مبدأ التغذية المرتدة Feed back. فإذا اكتشف الطالب انه تمكن من الأسئلة التي اختبر بها نفسه فان ذلك يدفعه الى إتقان المادة ومحاولة فهم ما يقرأ حتى يتمكن من الإجابة عندما يختبر نفسه. إذا هذه الطريقة بنفس الوقت شكلت تعزيز Reinforcementأدى الى تدعيم وتقوية طريقته في القراءة. بهذه الطريقة يمكن تحويل عناوين الفصول او المادة التي تقرأها الى أسئلة. فمثلاً أول جزء من هذا الفصل عنوانه ((الذاكرة)) ويمكن وضع هذا العنوان في صيغة سؤال هو: كيف يرى علماء النفس طبيعة الذاكرة؟ وعندما تقرأ حاول ان تضع سؤال لكل جزء في الموضوع الذي تقوم بقراءته. ويمكن ان تتعلم أكثر لو حاولت الإجابة على الأسئلة الموجودة في نهاية كل فصل والتي تتطلب منك التفكير في المادة، او عمل تطبيقات عليها او تلخيصها. (دافيد وف 1983، ص 367 – 368). ويمكن ان يقوم

الطالب عند قراءته للموضوع بعد فهمه ان يضع ملخصاً، وفي بعض الأحيان تسمى ((رؤوس نقاط)) يمكن للطالب قراءة هذا التلخيص او رؤوس النقاط – والتي تمثل الخطوط العريضة للمادة – قبل موعد الامتحان بزمن قصير فان من شأن ذلك ان يساعد على إبقاء المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى وسهولة استرجاعها عند البدء بالامتحان.

القراءة:

كثير من الطلبة يكتفون بإلقاء نظره سريعة على صفحات الكتاب بينما عقولهم تهيم في مكان آخر، ولكن من المهم جداً ان تقرأ بعناية وان تتوقف لحظة لتسأل سؤال وتجيب عليه (دافيدوف 1983، ص 368). وتفسير ذلك ان الفرد في هذه الحالة يستخدم حاسة البصر والمعلومات التي يقرأها تدخل الى الذاكرة الحسية وتضمحل وتتلاشى قبل ان تنتقل الى الذاكرة قصيرة المدى. لأنه في حالة عدم انتباه كاملة، وفي هذه الحالة لا فائدة من القراءة. إذا حتى يمكن ان تنتقل المعلومات الى الذاكرة قصيرة المدى ومن ثم الى الذاكرة طويلة المدى، لابد للطالب ان يتوقف عند قراءته لكل موضوع ويسأل نفسه سؤال عن المادة التي يقرأها ويحاول ان يجيب عليه، فقط في هذه الحالة يمكن ان تأخذ المعلومات طريقها الصحيح الى الذاكرة وبنفس الوقت عدم إجابته على السؤال يجعله يعرف أي المعلومات التي لم يفهمها، مما يجعله يعيد قراءتها مرة ثانية.

التسميع:

بعد قراءة كل جزء من أجزاء النص فانه من المفيد ان تحاول ان تسترجع المعلومات التي قراءتها بصوت عالي (مسموع تسمعه أنت) ولتأكيد ذلك، فقد أشارت الدراسات ان الناس يحفظون أكثر إذا توزع الوقت بالتساوي بين القراءة والتسميع، أكثر مما يحفظون إذا توزع الوقت بين القراءة وإعادة القراءة بدون تسميع.

فإذا أردت ان تتحقق من معلوماتك بالرجوع الى النص الأصلي (علما ان التحقيق من المعلومات هام جداً) فان التسميع يساعدك على تزويدك بالمعلومات حول الجزء الذي نسيته ولم تفهمه. وبهذه الطريقة يمكنك ان تتأكد من مدى حفظك للمعلومات ومعالجة أي خلل في عدم فهمك لأي جزء من المادة. والتسميع هام أيضا لأنه يساعدك على استرجاع المعلومات، وهو ما يطلب مثل عند إجراء مناقشة في قاعة الدرس او في الامتحان، أي ان هذه الطريقة أصبحت أشبه بالتدريب الذي يدرب به القارئ نفسه على إلقاء المادة في قاعة الدرس. أيضا فان تسميع المعلومات التي سبق قراءتها بصوت عالٍ يعني وضع هذه المعلومات في جهاز ثانٍ للذاكرة مما يجعل عملية الحفظ ممكنة هذا يعني انك خزنت المعلومات في الفص الصدغي الخاص بالسمع وتحديداً في **المنطقة الارتباطية المحيطة بمركز السمع**. أيضاً يمكن أن نضيف فائدة أخرى للتسميع وهي أن انتباهك سيكون لصوت القراءة التي تقوم بها وبهذه الحالة سوف لن تنتبه لمؤثرات أخرى قد تشتت انتباهك للمعلومات التي كنت تقرأها، فقد يجري تشتت للانتباه في القراءة الصامتة خصوصاً أذا كانت توجد مثيرات أخرى محيطة بالمكان الذي تقرأ فيه.

يمكن أن نضيف خطوة أخرى أيضاً وهي:

التدوين مع التسميع

في هذه الحالة يقوم الطالب بغلق الكتاب ويبدأ يكتب ما قراءهُ سواء كانت المعلومات المهمة التي يحتويها النص أو لنقاط موجودة في النص، أو سنوات تاريخية معينة أو رموز معينة أو معادلات حسابية. هنا تجري عمليةالتدوين (الكتابة) مع التسميع لننظر هنا كم حاسة اشتركت في عملية القراءة؟

حاسة البصر عندما كان ينظر الطالب للنص عند القراءة.

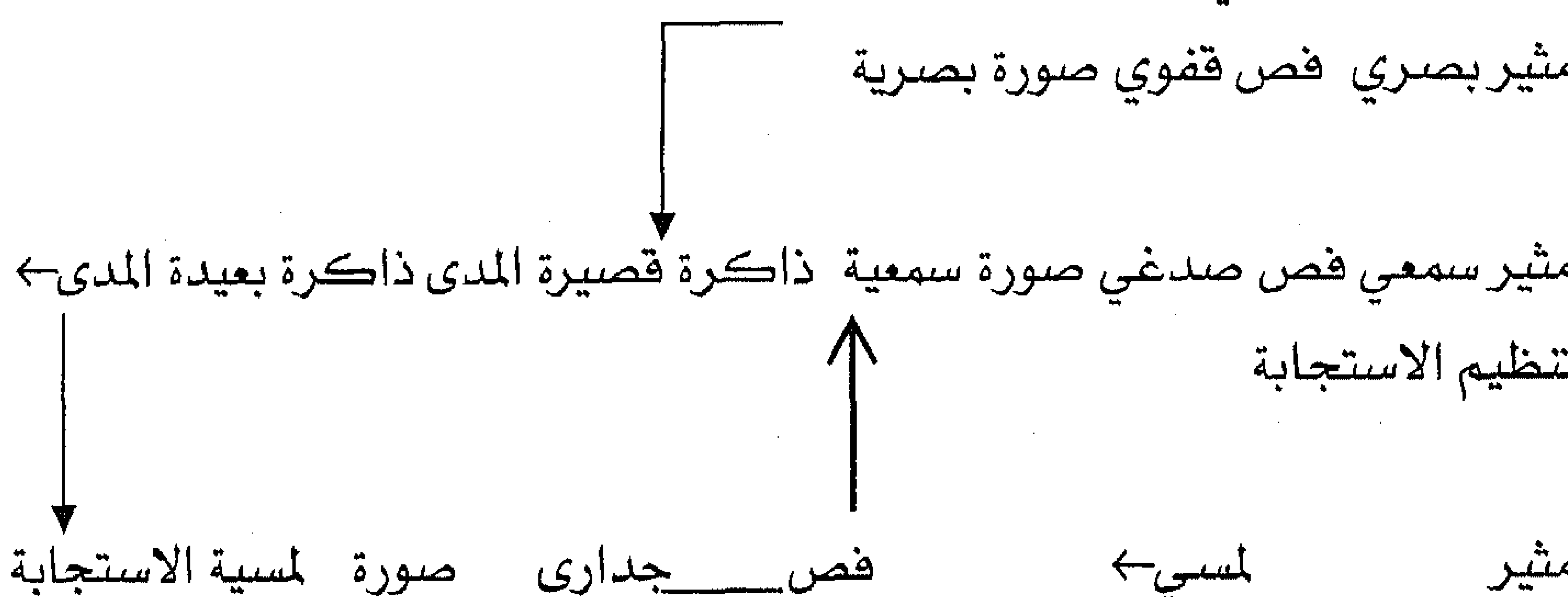
حاسة السمع عندما كان الطالب يقرأ النص بصوت مسموع.

حاسة اللمس عندما كان الطالب يقوم بالكتابة.

ولكل حاسة من هذه الحواس تخزن معلوماتها في فص خاص من فصوص الدماغ يحوي المراكز الحسية الخاصة بتلك الحاسة. أذا المعلومات خزنت في أكثر من فصوص الدماغ وتحديداً في الخلايا الارتباطية المحيطة بتلك المراكز الحسية. هذا الرأي يقودنا إلى موضوع آخر مهم هو:

اشتراك أكثر من حاسة في عملية التعلم

ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال قراءة المادة، وتسجيل الملاحظات، والتسميع. وهذه الطريقة من شأنها أن تجعل المادة أكثر ثباتاً في الذهن وأسرع في الاسترجاع كما أن اللجوء إلى أسلوب التلخيص يمكن أن يكون ذا فائدة كبيرة للطالب، فهو يزيد من استبصار المتعلم بالمادة المتعلمة، ومن جهة أخرى يجعل المادة أكثر تنظيما في ذاكرة المتعلم، إلى جانب كون استجابته تكون أسرع. ويمكن توضيح ذلك بالطريقة الآتية :عند قراء المادة، بمجرد النظر إليها فأن صوره بصرية ستتكون من خلال الضوء الساقط على شبكية العين، ويحتاج الشخص القائم بعملية الإدراك الحسي البصري إلى ربع ثانية لتحويل الضوء الى صورة بصرية قبل ان ينتقل الى مخزن آخر تستقر فيه زمن أطول انظر الشكل(15) الآتي:



شكل(15)

يوضح مخطط انتقال المثيرات الحسية من الحواس الى أماكن تخزينها في الذاكرة

يلاحظ وجود سهم خارج من هذا الخزن مباشرة عند حدوث الإثارة البصرية، حيث يحدث عندها المعرفة بخبرة الإدراك، اما القناة الأخرى التي تنتقل خلالها المعلومات البصرية فانها تصب في مخزن آخر يسمى الذاكرة قصيرة المدى short term memory فيه يجري ترميز المعلومات برموز لغوية وأخيلة وصور إدراكية، وتستقر المعلومات في هذا المخزن فترة زمنية أطول حيث تمكث في جهاز الذاكرة فترة قصيرة الأمد تقترب من عشرين دقيقة.

أما الجهاز أو المخزن الذي تستقر فيه المعلومات أطول فترة زمنية، فهو الذاكرة طويلة الأمدlongterm memory الذي يحتوي على الصور والحروف والكلمات وربما يتضمن أيضا بعض أنماط الصور التي تحتوي تركيبا ذا معنى. ويمثل المخزن الأخير مخرجات النظام الإدراكي، وهذه المخرجات تكون على شكل استجابات وكل استجابة تتطلب برامج لتنفيذها. ومن العوامل التي تؤثر في هذه الاستجابة عدد الحواس التي اشتركت في التعامل مع المادة التعليمية، فعند قراءة المادة وبمجرد النظر إليها تتكون صورة بصرية ولكن التسميع يؤدي الى تكوين صورة سمعية وإذا ما تم تلخيص المعلومات وكتابتها من جانب المتعلم فان ذلك سيؤدي الى تكوين صورة لمسيه أيضا للمادة المتعلمة.

وتجدر الإشارة إلى ان كتابة المعلومات سيجعل المادة منظمة وبشكل أكثر دقة مما لو اقتصر الطالب في دراسة تلك المادة على قراءتها وتسميعها، ولو فرضنا ان الطالب قد استغرق فترة (15 دقيقة) في القراءة فانه ربما سيستغرق ضعف الوقت أي (30 دقيقة) فيما لو اعتمد على القراءة والتسميع و(45 دقيقة) فيما لو اعتمد في دراسته للمادة على القراءة والتسميع والكتابة (التلخيص) والدليل على أهمية الكتابة التي تستعمل بها حاسة اللمس أشارت الدراسات السابقة ان الإنسان يستعمل هذه الحاسة لتكوين نظام لغوي كامل، ويستفاد منها أكثر المحرومين من نعمة البصر إذا كتابة المعلومات بعد القراءة من شانه ان يقوي حتى النظام اللغوي لدى الطالب وكذلك يقوي لديه قابلية التعبير.

وبالرغم منان الوقت المستغرق سيكون اكبر باستخدام هذه الوسائل. إلا ان الطالب سيوفر وقت لا يستهان به خلال فترة المراجعة للمادة التي يكون خلالها الطالب بحاجة شديدة للوقت.

السبب في ذلك هو ان هذا الأسلوب في الدراسة سيمكن الطالب من تنظيم معلوماته بشكل دقيق ومفهوم. وبالتالي يساعد على الاحتفاظ بتلك المعلومات لفترة أطول، فضلا عن ذلك، فان إجابة الطالب في الامتحان ستكون أسرع لأنه سوف لن يستغرق وقتاً للتفكير بالإجابة كالذي يستغرقه الطلبة الذين لا يعتمدون هذا الأسلوب في التعلم. وهو يزيد من ثقة الطالب بنفسه من خلال ما يمتلكه من معلومات (الطريحي وحمادي،ب ت، ص 37 -41).

المراجعة:

بعد قراءة وتسميع الأجزاء الهامة تحت كل عنوان من عناوين النصوص التي قام الطالب بقراءتها، يجب على الطالب ان يراجع مرة ثانية الفصل او الموضوع الذي قراءه، وتوجد عدة طرائق لذلك منها:

أ. ان تقرأ ما وضعت تحته خط.

ب. أو إعادة قراءة الملحوظات التي سجلتها أثناء القراءة (رؤوس النقاط التي دونتها).

ج. ويمكن ان تحول عناوين الموضوعات التي قراءتها الى أسئلة ثم تقوم بتسميع نفسك الإجابة.

د. او تختبر نفسك بمحاولة تفسير المصطلحات الواردة بالنص.

هـ.أو تحاول الإجابة على الأسئلة الواردة في نهاية الفصل.

الفائدة من ذلك هو ان إعادة القراءة مفيدة لإنعاش الذاكرة وللتأكد من انك لم تنس أي شيء ذو أهمية.

ان طريقة SQ3R قد استخدمت وجرى اختبارها في جامعةاوهايو Ohio في الولايات المتحدة الأمريكية، وبينت الدراسات ان هذه الطريقة إذا استخدمت بدقة وبعناية فإنها تحسن من أداء الطلبة سواء كان الطلبة من المتفوقين أو غير المتفوقين.

التدريب المركز أم التدريب الموزع:

هذه الفقرة تحاول الإجابة على: هل ان من الأفضل قراءة المادة الدراسية كلها في جلسة واحدة قبل الامتحان، ام ان القراءة على فترات متقطعة هو الأكثر معقولية؟

قبل الإجابة على هذا التساؤل، لابد من توضيح ان نوعية المادة في بعض الأحيان تلاؤمها طريقة معينة في القراءة، فعلى سبيل المثال التدريب المركز - (يعني ان تقرأ الموضوع بصورة مستمرة دون انقطاع او تجزئته على عدة أجزاء) - مناسباً للتمكن من جزء ضئيل من مادة متجانسة منسقة واضحة المعنى. وهو يصلح لقراءة القصص وحفظ الخطب القصيرة، وحل مسائل الجبر (الحساب)، والتدريب المركز قبل الامتحان مباشرة له فائدتان لمن يؤدي الامتحان وهي:

أ. يساعد على تقليل من اثر عامل النسيان الذي يحدث مباشرة بعد التعلم، لذا فان من يراجعون آخر وقت قبل الامتحان قد يحتفظون بالمعلومات التي حفظوها لمدة أطول.

ب. الأفراد الذين يمارسون التدريب المركز يبررون ذلك برغبتهم في التفوق، ولا بأس من ذلك، إلا إذا كان دافعهم الخوف من الفشل.

اما التدريب الموزع (أي قراءة الموضوع على شكل فترات منقطعة تفصل بين كل فترة وأخرى فسحة من الوقت) أيضا له فوائد منها.

ذو فاعلية لتعلم المهارات الحركية والمواد الشفوية المنفصلة مثل قطع النصوص.

إذا كنت تقرأ لغرض الامتحان فان التدريب الموزع له فائدة اكبر.

وعند ما يكون التدريب (القراءة) موزعاً على عدة أسابيع فيمكن للطلبة متابعة أنواع الأنشطة اللازمة لتحسين التعلم مثل الانتباه، والتنظيم، المشاركة والممارسة المتكررة (التي سبق الحديث عنها او الإفراط في التعليم الذي سيجري الحديث عنه لاحقا). لذا يمكن الإجابة على ذلك: ان الأبحاث لا تفضل طريقة على أخرى (موزع / مركز)، بل طبيعة الموضوع الذي يقرأه الطالب. أيضا العامل الآخر المؤثر في تفضيل طريقة على أخرى هو الوقت المسموح للطالب، فإذا كان لديه وقت كافي (عدة أيام) يفضل استخدام التدريب الموزع، اما إذا كان الوقت قبل الامتحان قليل يفضل استخدام التدريب المركز.

ويفضل عند القراءة للامتحان تكون بالجمع بين الطريقتين فالتدريب (القراءة) الموزعة تستخدم على شكل تدريب أولي، ثم تدريب مركز فيشكل مراجعة نهاية قبل موعد أداء الامتحان.

الإفراط في التعلم:

هل الذين يواصلون الليل بالنهار في الدراسة يستفيدون من ذلك، ام انهم يضيعون وقتهم؟ وبمعنى آخر هل التدريب المركز بعد التمكن من المادة او الإفراط في التعلم يزيد من حفظ المادة الشفوية؟

لقد درس عالم النفس Kruegerهذه المسألة في المختبر، إذ طلب في تجربة من بعض الأفراد ان يحفظوا قوائم من الأسماء متكونة من مقطع واحد، ثم كلف المشتركين (مجموعة) منهم استمروا في حفظ القوائم لمدة إضافية تعادل المدة التي تم فيها حفظ قوائم في البداية (100٪ إفراط في التعلم). المجموعة الثانية (50٪ إفراط في التعلم). أي انهم لم يقضوا أي وقت إضافي في حفظ القوائم، ثم قام باختبار المجموعتين فلاحظ ان نسبة (100٪ إفراط في التعلم) أدت الى حفظ افضل، ولاحظ ان نسبة (50٪ افراط في التعلم) أدت الى زيادة الحفظ بدرجة

محسوسة. هذه النتائج توضح بان هناك ما يسمى بنقطة العودة الى الوراء وان استمرار التدريب لمدة معقولة بعد التمكن من المادة هو افضل أسلوب يمكن إتباعه من جانب الطلبة (دافيدوف ، 1983 ، ص 369 – 370).

هذه الطريقة تظهر ان الطالب الذي انتهى من قراءة موضوع معين يفضل ان يعيد قراءته مرة ثانية، لان ذلك يساعد على حفظ المعلومات الخاصة في الموضوع بشكل افضل في الذاكرة، أي كلما قضى الطالب في قراءة الموضوع وقتا أكثر أو حتى الإعادة للموضوع لأكثر من مرة او لمرتين، هو افضل من قراءته لمرة واحدة.

استخدام التعزيز:

كثيراً ما يحاول الآباء ان يعطوا دافعاً لأولادهم ليقروا ما فاتهم إذا حصلوا على درجات عالية في الامتحانات. وهذه الطريقة قد تنجح وقد تفشل، وسبب فشلها هو ان الآباء يركزون على النتيجة النهائية، أي على الدرجات وليس على العادات او السلوكيات الدراسية الصحيحة عند القراءة والتي يجب ان يتبعها الأبناء، مع انه يجب الانتباه إلى نقطة مهمة جدا وهي: ان المكافئات قد تشجع الغش كما تشجع التعلم فضلاً عن ذلك فالآباء يطلبون من أبنائهم الكثير في وقت وجيز بدلاً من تبني سياسة تدريجية تكافئ كل خطوة ناجحة وتقدم الطالب. ومع ذلك إذا استخدم نظام المكافئات بحكمة فيمكنه ان يزيد الدافع إلى التعلم. ويوجد نوعين من المعززات داخلية وخارجية، يحدث تعزيز موجب داخلي: عندما يكون نتيجة طبيعية وحتمية للتمسك بسلوك ما، أي ان النشاط الذي يقوم به الطالب هو نفسه المكافأة والنتيجة انه كلما تأصل هذا السلوك كلما زاد قوة من تلقاء نفسه. مثال على ذلك كلما كانت قراءتك كثيرة في مختلف الموضوعات يعطيك قدرة جيدة عند التحاور او النقاش في تلك الموضوعات بدلا من شعورك بالإحراج من انك اقل من الآخرين في معلوماتك، مما يجعلك تتجنب جلسات من هذا النوع.مثال آخر الطالب عندما يقرأ جيداً ويحصل على

درجات عالية يجعله يتمسك بالطريقة السابقة التي قرأ بها المادة وقد يطورها مما يعطيه تعزيز للحصول دائماً على الدرجات العالية.

وقد يكون التعزيز الموجب خارجياً: مثل الطالب الذي يحصل على مكافئة سواء كانت مادية (تشجيع ، سماع كلمات المديح والثناء ، او إرضاء الأب او ألام) او معنوية مثل هدية ، مبلغ من النقود...الخ.

ويمكن إدماج كلا النوعين التعزيز الموجب الداخلي والخارجي، ولكن يفضل كلما أمكن ان تعتمد على وسائل داخلية، أي التعزيز الداخلي لان التعزيز الخارجي مثل النقود او السلع المادية او إرضاء الآخرين لها آثار جانبية غير مرغوبة ، فهي قد تشجع على عادات مثل التسرع في أداء نشاط ما (للحصول على المكافئة) وقد تؤدي الى خطأ في تقدير الوضع العام للطالب فيقول (وماذا ساجني بعد كل هذا التعب........ ؟) أي ان تعود الطالب على الحصول على المكافئة (هدية). تجعله لا يبدي أي نشاط إن لم يكن يعرف انه سوف لن يحصل على هدية بعد انتهاء العمل وكان لسان حاله يقول: (على شنوّ اتعب نفسي لأنني لن احصل على هدية) وكأنه يعمل مقابل اجر، وإذا عرف انه لن يحصل على اجر سوف لن يبذل أي جهد. ولهذا السبب يفضل التعزيز الموجب الداخلي على التعزيز الموجب الخارجي. لان التعزيز الداخلي يعمل على تقوية وتأصل السلوك، وبنفس الوقت يقوى بمرور الزمن. ولزيادة التعزيز الموجب الداخلي فعلى الطلبة ان يبحثوا عن وسيلة لاستفادة مما تعلموه، فقد يزيد اهتمامك بتعلم اللغة الانكليزية إذا كنت تفكر في رحلة الى دولة تتحدث اللغة الانكليزية، ويزيد تعلمك لقراءة كتب علم النفس إذا كنت تريد ان تعرف أكثر عن شخصيات وسلوك الأفراد المحيطين بك. فتحقيق أهداف بسيطة والشعور بالتقدم والوصول الى الهدف النهائي يعطي شعوراً بالرضا وهذا في ذاته عامل مشجع داخلي، فيمكنك ان تزيد من تعلمك باستخدام التعزيز الموجب الداخلي، كان تقول مع نفسك أنا أريد ان افهم عن ماذا يدور هذا الموضوع؟، وماذا يمكن ان استفاد منه في الحياة اليومية، ومدى علاقة هذا الموضوع بالبيئة المحيطة؟ مثلا الطالب يمكن ان يجد

تعزيز داخلي لموضع مرض الكوليرا. فيقول أريد ان اعرف أسبابها، أعراضها، علاماتها، كيفية الوقاية منها؟ حتى أتجنب الإصابة بها مستقبلاً. وكذا الحال لأي موضوع علمي آخر. اما الطلبة الذين لا يجدون التعزيز الداخلي في التعلم فعليهم اللجوء الى التعزيز الخارجي لزيادة رغبتهم في التعلم ويمكن ان يجري ذلك بالطريقة الآتية: ابدأ بوضع جدول يومي للقراءة، وأداء الواجبات، ثم اسمح لنفسك بخمس دقائق راحة، او التنزه بحديقة المنزل، او أي أداء بسيط لعمل آخر غير القراءة ولمدة خمس، او حتى عشرة دقائق بعد انتهاء مباشرة من أداء العمل المدرسي. وهذه الطريقة من فوائدها انها تكسر حالة الملل لدى الطالب جراء القراءة المتواصلة، فاخذ فترات راحة صغيرة يجدد النشاط ويقلل من التأثير السلبي لحالة الملل على أداء الطالب.

القراءة السابقة المجزئة:

يمكن ان نشبه الذاكرة بمخزن كبير يحوي على أصناف وأنواع متعددة من الحاجات(البضائع) ودخول أي معلومة جديدة الى الذاكرة فانها توضع مع قسم المعلومات المشابه لهذه المعلومة، وهذه العملية تحتاج الى وقت، إذا يمكن القول ان دخول كميات كبيرة من المعلومات في وقت واحد يحتاج الى كمية من الوقت تضاهي كمية المعلومات الجديدة حتى يتم تصنيف هذه المعلومات ووضع كل معلومة مع قسم المعلومات المشابه لها.

هذه الحالة مشابهة لحالة الطالب الذي يحاول ان يقرأ المادة قبل الامتحان بوقت قصير، فهو إذا يريد إدخال كمية كبيرة من المعلومات في وقت قصير إلى الذاكرة وهذا غير ممكن. لذا نراه يفشل في الامتحان او يحصل على درجة ضعيفة. ولهذا السبب من الضروري ان يكون الطالب قد قرأ جزء جزء قبل موعد الامتحان كما هو الحال في فترة التحضير اليومي للمادة. أي سوف لن ينفع أي من الخطوات السابقة التي تحدثنا عنها الخاصة بإدخال المعلومات إلى الذاكرة ما لم يكن الطالب قد فهم او هضم المادة على شكل أجزاء أثناء التحضير اليومي قبل موعد الامتحان. بهذه الحالة يمكن ان تجدي نفعاً الخطوات السابقة في إدخال المعلومات الى الذاكرة بصورة صحيحة.

بعض مصطلحات علم النفس

A

Aberration	زيغ، حيود	Arbitrary	تحكمي، تعسفي، عرفي
Ability	قدرة	Ascendance	سيطرة، تسلط
Abnormal	شاذ، غير سوى	Asocial	لا اجتماعي
Abreaction	تصريف، تنفيس	Aspiration	طموح، تطلع
Abstraction	تجريد	Association	ترابط، تداعي
Acquired	مكتسب (مقابل فطري)	Aesthetic	واهن
Act	فعل	Atrophy	ضمور
Active	فاعل، ناشط (ضد فايل)	Attitude	اتجاه نفسي
Activity	نشاط، فاعلية	Autonomy	استقلال ذاتي
Adaptation	تكيف، تهيؤ، تواؤم	Automatisms	آليات
Adaptation	تكيف سلبي	Auto-suggestion	الإيحاء الذاتي
Adjustment	توافق	Awareness	تفطن
Adolescence	المراهقة، الفتوة	Abreaction	تصريف الانفعال
Adult	الراشد	Acrophobia	الخوف من الأماكن العالية
Affect ,feeling	وجدان، حالة وجدانية	-Action research	بحث العمل

Aggression	عدوان، تحدي، تأكيد	Advice	النصح
Aim	هدف	Agitation	تهيج . ثورة
Altruism	الغيرية ، الإيثار	Alcoholics Anonymous	منظمات من قدامى المدمنين ترعى وتعالج المصابين بالإدمان منظمات
Ambivalence	التناقض الوجداني	Ambivalence	تذبذب انفعالى (من الحب إلى الكره مثلاً)
Amnesia	نساوه (بكسر النون)	Anxiety	الحصر . الخوف والقلق الشديد
Anxiety	حصر (بفتح الصاد)، قلق	Aphasia	فقدان القدرة على الكلام
Apathy	خمول، تبلد ، جمود الحس	Assertive	العلاج ألتوكيدي
Aphasia	حبسه صوتية	Aversion Therapy	العلاج بالنفور والكراهية
Aphasia	حبسه كلامية	Awareness	الوعي . الإدراك
Aptitude	استعداد		

B

Background	أرضية، بطانة ، مهاد		
Backwardness	تخلف دراسي	Behavior	سلوك . مسلك

Barrier	حاجز، عقبة، سد	Behavior Therapy	العلاج السلوكي
Behavior	سلوك	Biochemotherapy	العلاج الحيوى الكيميائي
Behaviorism	المدرسة السلوكية	Biological means	الأساليب الحيوية
Bias	انحياز	Brief therapy	العلاج المختصر
Blocking	عاقة		

C

Capacity	وسع، استطاعة	Case- History	تاريخ الحالة
Caprice	نزوة	Castrating	خصى الأعضاء التناسلية
Catharsis	تطهير، تنفيس	Catatonia	التخشب أو الجمود أو الهياج
Cather's	شحنة انفعالية	Censor	الرقيب
Censor	الرقيب	Central Nervous System	الجهاز العصبى المركزي
Character	خلق	Child guidance clinics	عيادات إرشاد الأطفال
Characteristics	مميزات، مشخصات	rearing -Child	تربية الطفل
Chronological age	العمر الزمني	Clinical	علاجى - عيادي
Clairvoyance	الاستشفاف	Clinical psychologist	أخصائى علم النفس الإكلينيكي

Closure	الإغلاق (الجشطلت)	Coma state	معرفي - عقلي
Common	الحس المشترك، الذوق	Compensation	تعويض
Compensation	تعويض	-Containers Cognitive	العلاج العاطفى في مقابل العلاج المعرفي
Complex	عقدة نفسية	Confession	الاعتراف
Concept	مدرك عقلى، معنى كلى، مفهوم	Conscious awareness	الوعي الشعوري
Conflict	صراع		
Configuration	صيغة		
Confusion	خلط		
Conscience	ضمير		
Conscientiousness	تحرج، تأثم		
Constitution	جبلة، تكوين		
Contrast	تباين، مقابلة		
Conduction	اقتناع		
Co-ordination	تآزر، تناسق		
Counseling	إرشاد (علاج نفسي)		
Criterion	محك، علامة، فيصل		
Culture	ثقافة المجتمع		

D

Data	معطيات، مقدمات	-Decision making	اتخاذ القرارات
Day-dreams	أحلام اليقظة	Delusion	هذيان
Death instinct	غريزة الموت	-Demonstro Therapy	العلاج الإداري
Defense mechanism	حيلة دفاعية	Depression	اكتئاب - حزن
mental /Deficiency	ضعف أو نقص عقلي	Depth Therapy	علاج العمق
Delinquent	جنائح، جرائم، الصغار	Desensitization	فقدان الإحساس بالمثيرات
Dementia	خيل	Desirability	الرغبة الاجتماعية
Depression	هبوط، اكتئاب	Dissociation	العلاج التوجيهي
Deprivation	حرمان	-Dream interpretation	تفسير الأحلام
Desire	رغبة		
Development	ترقى، تحسن، نمو		
Differentiation	تمايز، تغاير		
Discharge	تفريغ (الانفعال)		
Disintegration	تفكك، انحلال		

Disorder	اضطراب، اختلال		
Displacement	نقل، إزاحة		
Disposition	استعداد		
Dissociation	تفكيك، فصلي		
Distinct	متميز		
Distress	ضيقة		
Disturbance	اضطراب		
Disruption	تفكك		
Dread	رهبة		
Drive	حافز		
Dynamic	دينامى، حراكي		

E

Eccentricity	إغراب	Egocentricity	مركزية الذات
Ecology	علم التنبؤ (أثر البيئة)	Egoism	حب الذات، أنانية
Effect	نتيجة، معلول، أثر	Elation	مرح
Ego	الأنا، الذات	Emotion	انفعال
End	غاية	Extraversion	الانبساط (ضد الانطواء)
Energy	طاقة	Extrinsic	خارجى (خارج عن جوهر الشيء)

Enuresis	التبول ألقسري، بوال		
E/ behavioral	البيئة السلوكية		
Eugenics	علم تحسين النسل		
Euthenics	علم تحسين البيئة		
Experience	خبرة (حالة شعورية)		
Experiment	تجربة (ملاحظة مدبرة)		

F

Fact	واقعة	Fairness	الإنصاف العدالة
Faculty	ملكة	Fantasy	وهم – خيال – أحلال يقظة
Fear	خوف	Fear of assertion	الخوف من التوكيد
Feeling	وجدان	-Feeble mindedness	الضعف العقلي
Fetishism	فتعيشيه (إشباع الشهوة بأثر من المعشوق)	Fertility clinics	شعور
Fetus	الحمل (بفتح الحاء)	Frustration	إحباط - فشل
Field	مجال	Functional	وظيفي

behavioral /Field	مجال سلوكي		
theory /Field	نظرية المجال		
Fired idea	فكرة ثابتة، مستحوذة		
Functionalism	المذهب الوظيفي		

G

Genetic	نشوئى، تتبعى، تكويني	Guilt/ sense of	الشعور بالذنب، وخز الضمير
Genetics	علم الوراثة	Genetics	علم الوراثة
Genital	تناسلي	Gerontology	علم الشيخوخة
Genius	عبقري	Gestalt therapy	العلاج الجشطالتي
Gets	إيماءة	Goal limited therapy	علاج محدود الهدف
Gestalt	جشطلت، صيغة	Group therapy	العلاج الجماعي
Gifted	موهوب	Gynophobia	الخوف الشاذ من النساء
Goal	هدف		
Guidance	توجيه		
Guidance/vocational	التوجيه المهني		
Guidance/educational	التوجيه التعليمي		
Guilt	ذنب، أثم		

H

Habitual	تعودي	Hereditary factors	عوامل وراثية
Hallucination	هلوسة، تخيل	Hierarchy	هرم - تدرج
Harmony	وفاق، تناغم، اتساق	Hydrocephaly	الضعف العقلي
		Hydrotherapy	العلاج بالماء
Hedonism	مذهب اللذة	Hypnotherapy	العلاج التنويمي
Heterosexuality	الجنسية الغيرية	Hypnotherapy	العلاج المغناطيسي
Homosexuality	الجنسية المثلية	Hysteria	هيستيريا
Hypnoalysis	التحليل ألتنويمي	Hysterical lameness	العرج الهيستيري
Hypochondria	توهم المرضى		
hypostatization	تجسيم المعانى المجردة		

I

Id	الهو	Imitation	محاكاة
Idea	فكرة، معنى	Impulsive	اندفاعي
Ideal	مثل أعلى	innate ،Inborn	فطري
Identical	متطابق، عيني	Incarnation	تجسد
Identification	تقمص، توحد	Incentive	باعث
Identity	هوية (بضم الهاء)	Inclination	نزعة
Idiot	معتوه	Indecision	حيرة

Illusion	خداع (الحواس)	Individuality	فردية
Image-mental	صور ذهنية	Individuation	أفراد . عزل
Imagination	تخيل	Induction	استقراء
Imbecile	أبله	Inferiority	دونية، نقص
Inhibition	كف، تعطيل	Intelligence	الذكاء
Initiative	مبادأة	Interviews	مقابلة، استنار
Inspiration	الهام	Introspection	استبطان، تأمل باطن
Introversion	انطواء	Involumatry	قسري
intuition	الحدس (غير التخمين)	Immaturity	عدم النضج

J

Judgment	حكم

L

Latent	كامن	-Lack of self assertion	فقدان التوكيد الذاتي
Latency	فترة، الكمون	Lesbianism	الآفات
Lesion	ندبة، صدع	Lobotomy	العمليات الجراحية للنسيج الدماغي
Libido	أللبيد	Long – term Therapy	علاج طويل المدى
Lucid interval	فترة الأفاقة (في الجنون)	Loose	سائب

M

Maladjustment	سوء توافق	Melancholia	ميلانخوليا ، سواد (بضم السين)
Mania	هوس	Mental	عقل ، ذهن
Maturation	النضج الطبيعي	Mental age (.(M.A	العمر العقلي
Maturity/emotional	النضج الانفعالي	Metabolism	عملية الأيض (في الجسم)
Method	منهج، طريقة	Mental Health	الصحة النفسية
Mind reading	قراءة الأفكار	Motive	دافع
Moron	أهوك	Motive	دافع

N

Nervous breakdown	انهيار عصبي	Nondirective counseling	الإرشاد التوجيهي
Nervous illness	مرض عصبي	Neology	علم تصنيف الأمراض
Neurology	طب الأعصاب	Nyctophobia	الخوف الشاذ من الظلام
Neurosis	مرض نفسى . عصاب (بضم العين)		
Neurotic	عصابي		
Norm	معيار		
Normality	السواء . الاستواء		

P

Perversion	انحراف . تنكب	Paradoxical Intention	الإرادة المتناقضة ظاهرياً
Phantacy	خيال	Paranoia	جنون الاضطهاد
Phase	طور	Pedophilia	الرغبة الجنسية في الأطفال
Phlegmatic	بلغمى (المزاج)	Personal relationship	العلاقة الشخصية
Phobia	فوبيا . مخافة شاذة	Petit mal	الصرع الصغير
Pineal gland	الغدة الصنوبرية	Phenomenology	علم دراسة الظواهر
Postulates	مسلمات	Phobia	خوف شاذ

O

Object	موضوع	Obsession	وسواس
Objective	موضوعي	Obsession neurosis	عصاب الوسواس
Obligation	إلزام	Occupational therapy	العلاج بالعمل
complex	عقدة أوديب	Organic psychosis	ذهان عضوي

Q

Quality	كيف
Quotient	حاصل . نسبة
Quotient-intelligence (.(I.Q	نسبة الذكاء

R

Random	عشوائي	Reduction	خفض
Reaction	رد فعل . رجع	Regression	نكوص . تراجع . ردة
Reality	الواقع . الوجود	Repression	كبت
Recognition	تعرف	Resistance	مقاومة (أثناء التحليل)
Recollection	استدعاء	Response	استجابة

S

Sadism	السادية	Spasm	تقلص، اختلاج
Sample	عينة	Specimen	نموذج
Satisfaction	أرضاء . إشباع	Stability	ثبات، استقرار، رصانة
Schizophrenia	فصام (بضم الفاء)	Stage	مرحلة
Self-assertion	حب السيطرة	Sadism	حب الأذى
Self-analysis	التحليل الذاتي	Sanity	الصحة العقلية
Sensation	إحساس	Security	أمان - استقرار
Sentiment	عاطفة	Seizure	تشنج
Sex	جنس	Deception –Self	خداع الذات
Sign	علامة	Semantic therapy	العلاج القائم على فهم المعانى / العلاج المعنوي
Signal	إشارة	Sexual deviate	منحرف جنسياً

Situation	موقف	Shading	ظلال
Socialization	التطبيع الاجتماعي	Slovenly	قذر الجسم
Solidarity	تماسك	Social and Physical environments	البيئة الاجتماعية والفيزيقية
Somnambulism	نومشة . تجوال نومي	Social reinforcement	التعزيز الاجتماعي

T

Telepathy	الإحساس عن بعد . الاستحساس	Transfer of training	انتقال أثر التدريب
Temperament	مزاج	Of thought	انتقال الخواطر . تخاطر
Tension	توتر	Tropism	انتحاء
Test	اختبار	Tension	توتر

U

Unconditioned	مطلق. غير مشروط	Untreatable	غير قابل للعلاج
Unconscious	لا شعور . لا شعوري		
Unconsciousness	غيبوبة		
Universal	عمومية		
Un voluntary	لا إرادي		

V

Validity	صحة . صدق	Vegetative	انسحابى - منطوي
Verification	تحقق		
Voluntary	إرادي		

W

/Weaning Psychology	الفطام النفسي	Warmth	الدفء
Will	الإرادة	Will to meaning	إرادة المعنى
Wish	رغبة	Work therapy	العلاج عن طريق العمل
Worry	هم		

Z

Zoophilia	الهيام بالحيوانات

المصادر

- القران الكريم
- ابراهيم، لطفي (1994): **استجابة تلامذة الصف الثالث ثانوي للمواقف الضاغطة. دراسة للفروق بين الجنسين.**، جامعة المنصورة، القاهرة. عدد (3). مجلة كلية التربية
- احمد، علاهن محمد علي(1999): **اثر برنامج ارشادي في خفض مستوى الضغوط الدراسية لدى طالبات المرحلة المتوسطة**، اطروحة دكتوراه غير منشورة كلية التربية / الجامعة المستنصرية.
- أبو النيل، محمود ومجده أحمد محمود (1985): الصحة النفسية- الأمراض والمشكلات النفسية والاجتماعية. القاهرة، دار الفكر العربي.
- أحمد، سهير كامل (1998): **الصحة النفسية والتوافق**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- أرجايل، مايكل(1993): **سيكولوجية السعادة**، ترجمة فيصل عبدالقادر يوسف. الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد 175.
- أسعد، ميخائيل (1996): **السيكولوجيا المعاصرة**. الجزء الثاني، دار الجيل بيروت، لبنان.
- الالوسي، جمال حسين(1988): **الصحة النفسية**، مطبعة بغداد، جامعة بغداد.
- الأنصاري، سامية لطفي (2007): **الصحة النفسية والمدرسية للطفل**، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.
- أبو حويج، مروان الصفدي، عصام (2009): **مدخل إلى الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار الميسرة للنشر والتوزيع.

- الأنصاري، سامية لطفي، ومحمود، أحلام حسن (2007): **الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحة**، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- الن، بي بم(2010): **نظريات الشخصية، الارتقاء النمو، التنوع.** ترجمة علاء الدين كفاني، مايسة احمد النيال، سهير محمد سالم. ط1 دار الفكر عمان الاردن.
- باتل، فيكرام (2008): **كتاب الصحة النفسية للجميع حيث لا يوجد طبيب نفسي**، ترجمة علا عطايا، د. غسان عيسى، غانم بيبي وسارة أبو غزال. الطبعة العربية المعدلة الأولى. الناشر ورشة الموارد العربية، بيروت لبنان.
- باير، لي(2010): **الوسواس القهري، علاجه السلوكي والدوائي.** منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق سوريا.
- بيك، ارون(2000): **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**، ترجمة عادل مصطفى، غسان يعقوب. ط1 ، دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
- البطاينة، أسامة محمد والجراح، عبد الناصر ذياب وغواغة، مامون محمود(2007): **علم نفس الطفل غير العادي.** الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الأردن.
- البياتي، خليل ابراهيم(2002): **علم النفس الفسيولوجي**، ط1، عمان الاردن.
- تونسي، عديلة حسن طاهر(2002): **القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة.** رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- تبايبية، عبد الغاني(2007): **المشكلات المدرسية والسلوكية لدى الفاشلين دراسيا الصف الثالث الثانوي.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة لخضر ولاية باتنة كلية الآداب والعلوم الانسانية.

- جاسم، أحمد لطيف(2000): **بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي**. أطروحة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب، جامعة بغداد.
- الجبوري، علي محمود كاظم(1994): **الرحام التحويلي لدى طلبة الجامعة، قياسه وانتشاره**. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة بغداد.
- الجبوري، علي محمود كاظم(1999): **بناء برنامج لعلاج بعض الامراض النفسجسمية**. اطروحة دكتوراه، كلية الآداب جامعة بغداد.
- الجبوري، علي محمود كاظم، والعلاق، ازهر عباس، والحيدر، حيدر جابر (2009): **عوامل الخطورة لانتشار الاكتآب لدى طلبة الجامعة**. مؤتمر الكلية الملكية البريطانية اقليم الشرق الأوسط، بغداد(12-14) تشرين الثاني (2009).
- الجبوري، علي محمود كاظم، والجبوري، كريم فخري هلال(2008): **قياس السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة**. مجلة العلوم الانسانية ، كلية التربية جامعة بابل، **العدد**
- الجبوري، علي محمود كاظم(2011): **علم النفس الفسيولوجي**. ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- الجبوري، علي محمود كاظم(2010): **اثر استعمال اسلوب ازالة التحسس في علاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. مجلة العلوم الانسانية ، كلية التربية جامعة بابل، عدد خاص بالمؤتمر العلمي الاول لكلية التربية- صفي الدين الحلي. للفترة من(26-27) نيسان (2010). رقم الايداع في دار الكتب والوثائق(914) بغداد لسنة (2010).
- الجبوري، علي محمود كاظم(2011): **قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة المتوسط**. مجلة العلوم الانسانية ، كلية التربية جامعة.

- الجبوري، علي محمود كاظم، وعلي، حنان حسين (2012): **المشكلات النفسية والاجتماعية المترتبة عن مشاهدة المسلسلات التركية المدبلجة لدى طلبة الجامعة**. المؤتمر العلمي الثالث(18-19) نيسان، لكلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة بابل.
- جريدة المدى / جريدة محلية عراقية (2009):الآثار النفسية السلبية للمخدرات.العدد 1499السبة السادسة الثلاثاء (5) أيار 2009.
- جولمان، دانييل (1995): **الذكاء العاطفي**، ترجمة: ليلى الجبالي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، مكتبة الوطن.
- الجميلي، بشرى حسين علي نصيف(2007): **متغيرات البيئة الصفية وعلاقتها بالضغوط النفسية**، أطروحة دكتوراه، كلية التربية للبنات – جامعة بغداد.
- حمود، داي حمود(2007): **العوامل المؤدية للضعف العقلي وطرق علاجها**، بغداد.
- الحياني، صبري بردان علي(2011): **الصحة النفسية والعلاج النفسي الإسلامي**، دار صفا للنشر عمان، الأردن.
- الخالدي، أديب محمد(2007): **الصحة النفسية – نظرية الجديدة**، دار وائل للنشر– عمان – الأردن.
- الخالدي، عطا الله فؤاد، والعلمي، دلال سعد الدين(2008): **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق**، عمان، دار صفاء.
- خليل، زينة حميد (2006): **اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية وعلاقتها بالتفكير الجامد**، رسالة ماجستير آداب في علم النفس كلية الآداب جامعة بغداد.
- خليل، سعادة (2004): **الذكاء العاطفي بين النظرية والتطبيق**. مجلة ديوان العرب http//: WWW.diwanalarab.com/spip.php?article934

- حبيب، عبد المنعم عبد الله(2006): **مقدمة في الصحة النفسية**، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
- حجازي، مصطفى (2006): **الصحة النفسية**، ط3، المركز الثقافي العربي، بيروت.
- خولي، وليم(1976): **الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي**، مصر، دار المعارف.
- الداهري، صالح حسن(2005): **مبادئ الصحة النفسية**، دار وائل للنشر، عمان.
- الخالدي، أديب محمد (2009): **الصحة النفسية، نظرية جديدة**، الطبعة الأولى دار وائل للنشر.
- ألخالدي، عطا الله فؤاد، سعد الدين، دلال(2009): الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، الطبعة الأولى، دار للنشر والتوزيع.
- الزراد، فيصل محمد(2008): العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. دار العلم للملايين، بيروت لبنان.
- دافيدوف، لندا ل(1984): **مدخل إلى علم النفس**، ط3، ترجمة الطواب، سيد، وعمر، محمود، وخزام، مجيد وأبو حطب فؤاد، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- الدباغ، فخري(1977): **اصول الطب النفساني**. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة الموصل
- دافيدوف، لندال(1983): **مدخل إلى علم النفس**، ط1 ترجمة الطواب، سيد، وعمر، محمود، وخزام، مجيد وأبو حطب فؤاد، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة.

- دور كايم، اميل(2011): الانتحار. ترجمة حسن عودة، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، وزارة الثقافة- دمشق، سوريا.
- روبنز، بام وسكوت، جان (1998): **الذكاء الوجداني**، ترجمة: صفاء الأعسر وعلاء الدين كفافي.
- الربيعي، طالب عبد سالم :(1997) **الإسناد الاجتماعي وعلاقته بسمة القلق ودافع الإنجاز لدى موظفي دوائر الدولة**، دراسة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب- جامعة المستنصرية.
- الرفاعي، نعيم (1987): **الصحة النفسية**، دراسة في سيكولوجية التكيف، ط7، دمشق.
- رياض، أسامة (1998): **المنشطات والرياضة** / أنواعها – أخطارها – الرقابة عليها. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- الزيادي، محمود (2001): **علم النفس الاكلينيكي، التشخيص**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- زهران، حامد عبد السلام(1993): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، دار المعارف، القاهرة.
- زغير، رشيد حميد، وصالح، يوسف محمد (2010): **الانحراف والصحة النفسية**، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الساعدي، صالح عبد الهادي حمدان (2006): **بناء برنامج إرشادي نفسي لتنمية مفهوم الذات لدى الأحداث في دور الدولة**. رسالة ماجستير كلية التربية-ابن رشد-جامعة بغداد
- السلطاني، ناجح كريم خضير(1994): **الضغوط النفسية التي يتعرف لها المراهق العراقي وعلاقتها بعمره وجنسه ومفهوم الذات ومركز السيطرة.** اطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة بغداد / كليه التربية – ابن رشد. كلية التربية للبنات – جامعة بغداد)

- سواقد، ساري والطراونة، فاطمة (2000): **اساءة معاملة الطفل والوالدية اشكالها ودرجة تعرض الاطفال لها وعلاقة ذلك بجنس الطفل ومستوى تعليم والديه ودخل اسرته ودرجة التوتر النفسي لديه. مجلة دراسات العلوم التربوية.** المجلد 27. العدد 2.
- شيهان، دافيد :(1988) **مرض القلق.** ترجمة عزت شعلان. الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد 124.
- الشمري، محمد سلمان(2005): **اثر برنامج ارشادي في التقليل من حجم السلوك العدواني على الممتلكات المدرسية لدى طلاب المرحلة المتوسطة،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، كلية الآداب.
- شكري، عائشة(1999): **انماط السلوك.** السحري كأساليب المواجهة مواقف المشقة. دراسات نفسيه. تصدر عن رابطه الاجتماعيين النفسيين. المجلد (99). العدد (4).
- الشرقاوي، خليل(1983): **علم الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربية.
- صالح، قاسم حسين والطارق، علي(1998):الاضطرابات النفسية والعقلية من منظوراتها النفسية والاسلامية، اسبابها، أصنافها، قياسها، وطرائق علاجها. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء، اليمن.
- صالح، قاسم حسين (2000). **التفكير الاضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية.** كلية الآداب، جامعة بغداد (أطروحة دكتوراه غير منشورة).
- صالح، قاسم حسين(2007): هاملت شكسبير: تحليل لشخصيته وتردده، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك، العدد الثاني. ص158-171. من موقع:

http://www.ao-academy.org/docs/academy%20magazine%202.doc

- صحيفة الصباح، العراق، بغداد، العدد 144/ 2001

- صالح، ساهرة عبد الودود (2002): **استراتيجيات التكيف لأحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لطلبة الجامعة**، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة بغداد - كلية التربية.
- الصجري، فرتاج بن فاحس خشان(2010): فاعلية برنامج تعليمي مستند الى نظريات الذكاء المتعدد في تنمية التحصيل الدراسي والقدرات الابداعية لدى الطلاب الموهوبين في الصف الثاني الاعدادي في مادة اللغة العربية. اطروحة دكتوراه كلية التربية جامعة دمشق.
- الطريحي، فاهم حسين. و حمادي، حسين ربيع (ب، ت): تعلم كيف تدرس. جامعة بابل كلية التربية.
- الطواب، سيد محمود(2008): الصحة النفسية والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد (2008): **الضغط النفسي ومشكلاته واثره على الصحة النفسية**، ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمّان.
- العزاوي، نبيل رفيق محمد إبراهيم (2002): **قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة المرحلة الإعدادية**. رسالة ماجستير، كلية التربية (ابن الهيثم) جامعة بغداد.
- علي، عبد السلام (2001): **التوافق النفسي والاجتماعي مع اخطاء الحياة اليومية وعلاقتها بالرضا عن العمل**، مجلة علم النفس.
- عويضة، كامل محمد (1996): **الصحة في منظور علم النفس**، ط 1، دار الكتب العلمية، بيروت.
- عبدالخالق، أحمد محمد(1987): **قلق الموت**. الكويت. سلسلة عالم المعرفة، العدد 111

- عثمان، فاروق السيد :(2002) **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عيد، إبراهيم (2000) : علم النفس الاجتماعي. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- عكاشة، أحمد (1984): علم النفس الفسيولوجي. دار المعارف، مصر.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد(2001): **مجالات الارشاد والعلاج النفسي**. الطبعة الاولى، بيروت، دار الراتب الجامعية. في الجميلي(2007).
- علي، وائل فاضل (1994): **نمط الشخصية والضغوط النفسية وتأثيرها على الجلطة القلبية**. رساله ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
- عبد السلام ،عبد الغفار(2007): الصفحة الاولى ،عمان ، دار الفكر.
- عبد العواض، عواطف عبد الرحمن(1990): **السرقة وقضايا الأسرة والمدرسة في عصر العولمة**، مجلة الإذاعات العربية، العدد 5.
- عبد العزيز، مفتاح محمد (2010): علم نفس الصحة، دار وائل الأردن.
- غباري، ثائر احمد، وابو شعيرة، خالد محمد(2010): **التكيف مشكلات وحلول مكتبة المجتمع العربي**- الأردن.
- غيث، سعاد منصور(2006): **الصحة النفسية للطفل**، دار الصفا – عمان.
- مطر، نجاة محمد(2011): **العبء المعرفي لدى طلبة الصف الخامس الا عدادي على وفق الانموذج الادراكي- التفضيلات الحسية: دراسة مقارنة**. رسلة ماجستير غير منشورة. كلية التربية جامعة بابل.
- مياسا، محمد (1997): **الصحة النفسية والامراض النفسية والعقلية**، ط 1، دار الجيل، بيروت.
- موقع الكتروني: http://majdah.maktoob. com/vb/majdah114015

- مايرز، ان (1990): **علم النفس التجريبي**، ترجمة خليل البياتي، كلية الآداب جامعة بغداد.
- طه، فرح عبد القادر (1986): **علم النفس الصناعي والتنظيمي**، ط5، دار النهضة العربية، بيروت.
- الطريحي، فاهم حسين وحسين ربيع (2001): **الإرشاد النفسي والصحة النفسية**، مطبعة الرياحين، الحلة.
- عيسوي، عبد الرحمن(1991): **العلاج النفسي**. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
- عبد الخالق، احمد محمد(1996): اصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية عرض لويس كامل ملكية في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد (25)، المجلد (7)، بيروت، دار النهضة العربية.
- عبد الغفار، عبد السلام(1976): **مقدمة في الصحة النفسية**، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبد الرحمن، علي اسماعيل، العنف الأسري، الأسباب والعلاج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عكاشة، احمد، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عيسى، جابر محمد عبدالله ورشوان، ربيع عبده احمد (2006): **الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والانجاز الاكاديمي لدى الاطفال**. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، مج، 12، ع، 4، اكتوبر 2006، صص45-130.
- عكاشة، محمود فتحي(2005): **أدوار المعلم في تنمية الذكاء الانفعالي لدي الأطفال الموهوبين**. مجلة الدراسات الاجتماعية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، صنعاء. المجلد (10) العدد(20).

- العكايشي، بشرى أحمد جاسم (2006): **الصحة النفسية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لدى الشابات الجامعيات في كلية التربية للبنات**، المؤتمر السابع والعشرون للمنظمة العربية في الجامعات بالدول العربية.
- العلي بك، سهى خليل حسين(2004): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة الموصل، **رسالة ماجستير** كلية التربية، جامعة الموصل.
- عوض، عباس محمود(1986): **الموجز في الصحة النفسية**، دار المعارف بمصر، القاهرة.
- عثمان، فاروق السيد (2002): **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عكاشة، أحمد (1983): علم النفس الفسيولوجي. دار المعارف، مصر.
- العلوي، مجتبى (2001): قراءة في كتاب الذكاء الانفعالي، ***مجلة النبأ***، العدد 54، شباط، ذو القعدة في (الناشي، **2005**).

http//: www.annabaa.org/nba54/qeraafekitab.htm-34k

- العتيق، احمد مصطفى (2001): **الصدمة النفسية المرتبطة بتعرض الاطفال واصابتهم في حوادث الطرق.** في الجميلي (2007).
- فرخ، كاملة وتيم عبد الجبار(1999): **الصحة النفسية للطفل**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- القيار، عادلة عبد الرحمن(2002): **الضغوط النفسية للطلبة المسرعين واقرانهم غير المسرعين يجب متغيري الجنس والتخصص والمرحلة الدراسية.** أطروحة دكتوراه غير منشورة في كليه التربية، ابن رشد، جامعة بغداد.
- القريطي، عبد المطلب امين(1998): **في الصحة النفسية**، دار الفكر العربي، القاهرة.

- القشعان، حمود وآخرون، الأزواج والزوجات يقولون بصراحة لا للضرب، مجلة الفرحة، العدد (15)، الكويت.
- كمال، علي(1988): **النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها**. الطبعة الرابعة. دار واسط للطباعة والنشر.
- كفافي، علاء الدين(1995): **الصحة النفسية**، القاهرة، هجر للطباعة والنشر.
- كولمان، دانيال(2001): **الذكاء العاطفي**. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- كون، آيغور (1977): **وعي الذات (دراسة حول تطور الشخصية)**، ترجمة غسان دارب نصر. دمشق ـ الجمهورية العربية السورية.
- القذافي، رمضان محمد (1998): **الصحة النفسية للطفل**، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- الكفافي، علاء الدين (1990): **الصحة النفسية**، الطبعة الثانية هجر للطباعة والنشر القاهرة.
- الكناني، ممدوح وآخرون (1995): **المدخل الى علم النفس**، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الأمارات العربية المتحدة.
- مايرز، ان (1990): **علم النفس التجريبي**، ترجمة خليل البياتي، كلية الآداب جامعة بغداد.
- موسى، محمد سيد الناشر(2007): **اضطراب التوحد**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- مالك، بدر مالك وحسين، محمد (2005): **المعاني الاسلامية لمعالجة السلوك العدواني**، كلية التربية الاساسية، جامعة الكويت.

- الناشئ، وجدان عبد الأمير (2005): **الذكاء الانفعالي وعلاقته بفاعلية الذات لدى المدرسين**.اطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة المستنصرية – كلية الآداب.
- هلال، كريم فخري (2003): **دور التوجيه والإرشاد النفسي في العملية التعليمية بالصحة النفسية للطلبة الجامعيين**، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية عدد خاص.
- منصور، طلعت(1982): **الشخصية السوية**، عالم الفكر، العدد 2 مجلد 3، الكويت.
- مياسا، محمد(1997): الصحة النفسية والامراض النفسية والعقلية، وقاية وعلاج، بيروت، دار الجيل.
- المغربي، سعد(1992): **حول مفهوم الصحة النفسية والتوافق النفسي**. مجلة علم النفس: الهيئة المصرية العامة للكتاب، عدد 23.(18-9,1و8-6).
- االنغمي، اسيا على راجح(2000): العلاقة بين اساليب المعاملة الوالدية والاكتآب لدى بعض المراهقين المرضى المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. رسالة مقدمة الى جامعة أم القرى، كلية التربية.
- الهابط، محمد السيد (1983): **التكيف والصحة النفسية**. (ط 2). الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- وحيد، أحمد عبد اللطيف (2001): **علم النفس الاجتماعي**، عمان، دار المسيرة.
- AL-Kubaisy, T. F&.Mark, I. (1992): Role of exposure homework, in phobia reduction a controlled study, Behavior Therapy,Vol. 23, 599-621.
- Brooks P. H. & McCauley C. (1984): **Cognitive research mental retardation.** American Journal of Mental Deficiency, 94.

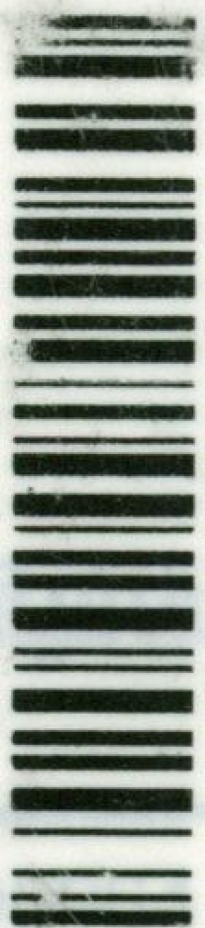
- Benton, T.D & Lynch, J.(2002). Adjustment Disorders. Psychology at (106-57) Midical University,21.
- Bradley , L. & Meredrth , R. (1991): **Interpersonal Development: A study with children classified as mentally retarded. Education and training in mental retardation.** 26, 130-141.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist, 55, 1247-1263.
- Coleman, D.H. &Strause M.A., Alkohol Abuse and Family Violence in E.Gottheil, K.A.Druley.T.E.
- Croen L. A. ; Grether J. K. & Selvin S. (2001): **The Epidemiology of Mental Retardation of Unknown Cause**. Pediatrics.
- Coyne, J.C. and lazarus, R.(1980): "**Cognitive style stress perception and coping** ". Hand Book of stress and anxiety Contemporary Knowledge. Theory and treatment-san Francisco.
- Crow, Lester D. (1968). Psychology of Human Adjustment. New York: Alfred.A. Knopf.
- Devins, G.; Binik, Y.; Gorman, P.; Dattel, M.; McCloskey, B.; Oscar, G. & Briggs, J. (1982): **Perceived Self – Efficacy, Outcome Expectancies, and Negative Mood states in End – Stage Renal Disease**, ***Journal of Abnormal***
- Hellriegel, D.; Slocum, J & Woodman, R. (2001): **Organizational Behavior**, Ohio, South-Western College Publishing.
- Hactett, G.& lonbory, S.(1983): **Models of stress in :Altimaier.**Helping students manage stress"Sanfrancisco: Jossey-Bass. Ine.prentice-Hall, Inc.
- Kingston & - William Leiss the Domination of Nature, McGill Queens University Press, Montreal.
- Kouzes, J.& Posner, B.(2003): **Leader to Leader, Challenge is the Opportunity for Greatness**, San Francisco, Jossey-Bass. http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/spring 2003/kouzes.html. في
- Mardi, J. H. &Charies, H. S.(1994): **Expressive and Defensive Behavior during Discoures on Unsolved Topics: A Single study**

of pathological Grief. Journal of Personality. Volume (62) Number(4).

- Maslw, A. (1962): **Toward A Psychology of Being**, Divan Nostrand, Com. Inc. New York.
- Morgan, Glifford & King, Richard A. (1971). Intoduction to psychology. New York: McGrew Hill Book.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1986): **Life transition and crises A conceptual over view**.In Rudolf H. Moss (ed) Coping with life crises. N.Y.
- Kirk A. S.; Gallagher J.J. & Anastasa N. J. (1997): **Educating Exceptional Children**. Boston Houghton Mifflin Co. : New York.
- **Protap, s and paargave, (1982), self-disclosures related, to personalty india Gournal of clinical psychology.**
- Plomin R. & McClearn G. (1993): **Nature, Murture and Psychology.** Washington D. C.: American Psychological Association.
- Scott, W. A., (1958), Research Definitions in Meantal Health and Mental Illness, Psych. Bull.
- Sheerenberger R. S. (1983): A history of Mental Retardation: Baltimore: Books Publishing Co.
- Verhoefs M, Sutherland L: Outpatient health care utilization of patients with inflammatory bowel disease. Dig Dis 1995,
- Zaleski, Zbigniew (1996): **Future anxiety: concept, measurement, and preliminary research. Personal Individual Difference**. Elsevier Science, 21 (2), 165-174.
- Zeaman D. & Houae B. J. (1963): The role of Attention in Retardate Discrimination Learning. In N. R. Ellis (Ed.) Handbook of Mental Deficiency. New York: McGraw Hill.
- Worchel, S.& Wayne, S.(1986): **Psychology Principles and applications**. 2ed ed., Printice-Hall.

الصحة النفسية

علما تطبيقيا





مؤسسة دار الصادق
طبع . نشر . توزيع
العراق - بابل 1233129 780
E-mail:alssadiq@yahoo.com





المملكة الأردنية الهاشمية
عمان - الاردن - العبدلي - شارع الملك حسين
قرب وزارة المالية - مجمع الرضوان التجاري رقم 118
هاتف: 4616436 6 962+ فاكس: 4616435 6 962+
ص. ب. : 926414 عمان 11190 الأردن
E-Mail: GM@REDWANPUBLISHERS.COM
GM.REDWAN@YAHOO.COM
WWW.REDWANPUBLISHERS.COM